BEITRAG

zur

enntnis der Hautcarcinome der Nase

mit Benutzung der in der Zeit vom 1. Dezember 1895
is zum 1. April 1904 in der Königlichen chirurgischen
Universitätsklinik zu Göttingen behandelten Kranken.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

iohen medizinischen Fakultät der Georg Augusts-Universität
zu Göttingen

vorgelegt von

Erich Kellner,
approb. Arzt aus Oldenburg.



Oldenburg.
Druck von Ad. Littmann.
1904.

Der medizinischen Fakultät der Universität Göttingen
vorgelegt am 17. Mai 1904.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Braun.

Die Drucklegung ist seitens der Fakultät genehmigt.

Meinen lieben Eltern.

Die Carcinome des Gesichts gehören neben denjenigen des Uterus nd der Mamma zu den häufigsten bösartigen Geschwülsten.

Die grosse Carcinomstatistik A. v. Winiwarters[1]) enthält unter 48 Fällen 278 Gesichtscarcinome, also reichlich die Hälfte. Freilich ind die Uteruscarcinome in dieser Arbeit nur mit 8 Fällen vertreten nd von Carcinomen des Magens und einiger anderer innnerer Organe st überhaupt nicht die Rede.

Es ist zweckmässig, die Gesamtheit aller Gesichtscarcinome in wei grosse Gruppen zu zerlegen, nämlich in Carcinome der äusseren Iaut und Carcinome der Mundhöhlen- und Nasenschleimhaut.

Nur von den ersteren, von Carcinomen der äusseren Haut, soll ı der vorliegenden Arbeit die Rede sein.

Es handelt sich darum, eine Übersicht über die von Dezember 895 bis zum 1. April 1904 in der Göttinger chirurgischen Klinik von Ierrn Geheimrat Professor Dr. Braun behandelten Fälle von Carcinom er äusseren Haut der Nase zu geben.

Bevor wir auf die Nasencarcinome näher eingehen, seien zum wecke einer vergleichenden Übersicht über das Vorkommen der Hautarcinome in den verschiedenen Regionen des Gesichtes und um die Iäufigkeit des Vorkommens der Nasencarcinome im Verhältnis zu den brigen Hautcarcinomen des Gesichtes festzustellen, im Folgenden die ahlen aller Carcinome der äusseren Gesichtshaut, die in den letzten Jahren (von Dezember 1895 bis zum 1. April 1904) in der Göttinger hirurgischen Klinik behandelt worden sind, aufgeführt und mit einnder, sowie mit anderen Statistiken verglichen.

---

[1]) A. v. Winiwarter, Beiträge zur Statistik der Carcinome. Stuttart, 1878.

Zu den Carcinomen der einzelnen Teile des Gesichts sind immer alle diejenigen gezählt worden, welche auf der betreffenden Region begonnen haben, einerlei, welche Teile sie bei der Aufnahme in die Klinik bereits ergriffen hatten.

Im ganzen beträgt die Zahl der Gesichtscarcinome 143.

Sie verteilen sich auf die einzelnen Teile des Gesichtes folgendermassen:

		Männer	Frauen	Zusammen
	Unterlippe	52	5	57
	Oberlippe	5	2	7
	Nase	20	9	29
	Wange	8	10	18
	Lider	6	4	10
	Ohr	7	2	9
	Stirn	3	2	5
	Schläfe	1	—	1
Multiple Carcinome	Nase und Ohr	2	1	7
	Nase und Stirn	—	2	
	Nase und Wange	1	—	
	Unterlippe, Unterlid und Wange	1	—	
		106	37	143.

Nach vorliegender, wie auch nach allen anderen Statistiken sin die Unterlippencarcinome bei weitem die häufigsten von allen Gesicht carcinomen. Das weibliche Geschlecht, welches ja bei Carcinomen de Unterlippe stets viel seltener beteiligt ist, als das männliche, ist i dieser Zusammenstellung im Vergleich mit anderen Statistiken noc ziemlich stark vertreten. Die Männer befinden sich hier in 10,6fach Überzahl, während in der Statistik von Trendelenburg[1]), welch 241 Unterlippenkrebse aus der Bonner Klinik gesammelt hat, auf 1 Männer eine Frau kommt und in derjenigen von v. Winiwarter n ein einziger eine Frau betrifft.

Ähnlich ist das Verhältnis bei Fricke,[2]) welcher 114 von 18 bis 1896 in der Göttinger chirurgischen Klinik behandelte Unterlippe

---

[1]) O. Trendelenburg, Verletzungen und chirurgische Erkrankung des Gesichts. 1886. Deutsche Chirurgie, Lieferung 33.

[2]) Th. Fricke, Beiträge zur Statistik des Lippenkrebses, Innaug.-Diss tation. Göttingen, 1898.

arcinomfälle zusammengestellt hat. Die Anzahl der Männer verhält ich zu derjenigen der Frauen hier wie 13,25 zu 1. v. Winiwarter at unter 62 Fällen nur eine einzige Frau beobachtet.

Das Verhältnis der Menge der männlichen und weiblichen Patienten ei den Gesichtscarcinomen überhaupt stimmt mit demjenigen anderer tatistiken annähernd überein, doch sind auch hier unter den Göttinger 'ällen die weiblichen etwas häufiger. Die Zahl der Männer verhält sich u derjenigen der Frauen

bei Trendelenburg	wie	378 : 121	oder	100 : 24,25,
bei v. Winiwarter	„	139 : 42	„	100 : 23,20,
in den Göttinger Fällen	„	106 : 37	„	100 : 35,24.

Berechnet man den Durchschnitt aus diesen drei Reihen, so er- ibt sich ein Verhältnis wie 100 : 27,56. (Auch bei Trendelenburg nd v. Winiwarter sind nur Carcinome der äusseren Haut ver- echnet.)

Der Durchschnitt der Verhältnisse in den Zusammenstellungen von . Bergmann, O. Weber, Thiersch und Billroth, bei welchen llerdings die Schleimhautcarcinome mit einbezogen sind, ergibt ein 'erhältnis wie 100 : 22,4.

Freilich kommt die starke Mehrheit der Männer hauptsächlich urch das Vorwiegen derselben bei den Carcinomen der Unterlippe und es Ohres zustande, aber auch nach Abrechnung dieser Fälle bleibt das nännliche Geschlecht noch in der Mehrzahl. Der Prozentsatz der länner stellt sich dann

	bei Silbey	auf	61,9 %,
	„ Baker	„	65,5 „
ur Carcinome der äusseren Haut	„ v. Bergmann	„	58,5 „
	„ v. Winiwarter	„	65,5 „
	„ Trendelenburg	„	60,5 „
	„ den Göttinger Fällen	„	61,0 „

Nimmt man das Mittel aus den letzten 4 Reihen, so erhält man i1,4 % Männer. Die Göttinger Zahl trifft also mit 61 % fast genau en Durchschnitt.

Bei den in der obigen Zusammenstellung der Göttinger Fälle esondert aufgeführten 7 Fällen von multiplem Carcinom ist es auf- ällig, dass in 6 Fällen die Nase beteiligt ist. 4 von den 7 Fällen varen infiltrierte Tumoren, und zwar 3 davon unzweifelhaft Pigmentkrebse, ei denen ja Multiplicität besonders häufig vorkommt (v. Winiwarter).

In 2 Fällen traten die Carcinome in der Form des flachen Ulcus rodens auf. Der siebente Fall ist dadurch interessant, dass wir bei ihm das gleichzeitige Auftreten eines flachen Ulcus an der Unterlippe und eines haselnussgrossen nicht ulcerierten, nicht pigmentierten Tumors an der Wange antreffen.

A. v. Winiwarter hat in dem Werke über die chirurgischen Erkankungen der Haut [1]) seine Statistik über die Gesichtscarcinome nach den Fällen der Billrothschen Klinik mit den Zusammenstellungen von v. Bergmann und denen von Trendelenburg verglichen und gezeigt, dass dieselben annähernd gleiche Resultate liefern.

Zum Vergleich sollen diesen drei Statistiken noch die von L. Schmitz[2]) zusammengestellten, 1877 bis 1885 in der Würzburger Klinik behandelten Fälle und diejenige der Göttinger Fälle hinzugefügt werden. (Siehe Seite 9.)

Die Vergleichung zeigt manche Übereinstimmungen und Abweichungen der Göttinger Zahlen von denjenigen der älteren Statistiken. Die Menge der Göttinger Unterlippencarcinome schliesst sich an diejenige der Billrothschen und der Würzburger Klinik an. Die Oberlippenkrebse sind in der Göttinger Reihe verhältnismässig stark vertreten, noch stärker allerdings in den Würzburger Fällen.

Auffallend ist der geringe Anteil der Krebse der Wangen und Augenlider und die grosse Anzahl der Nasencarcinome bei den Göttinger Fällen. Es ist dies der Hauptunterschied der Göttinger Zusammenstellung gegenüber den 4 älteren, bei welchen die Nasencarcinome an Zahl hinter denjenigen der Wangen und bei v. Bergmann und Billroth auch denjenigen der Lider zurücktreten.

In einer anderen Statistik, nämlich der von Bonde,[3]) welche die Haut- und Schleimhautcarcinome der oberen Gesichtsgegend aus den Fällen der Heidelberger Klinik zusammengestellt hat, überwiegen wieder die Nasencarcinome. Das Verhältnis ist hier folgendermassen:

---

[1]) A. v. Winiwarter, Die chirurgischen Erkrankungen der Haut und des Zellgewebes. 1892, Deutsche Chirurgie, Lieferung 23.

[2]) Ludwig Schmitz, Die Carcinome des Gesichts, Inaug.-Dissertation Würzburg, 1886.

[3]) Hugo Bonde, Zur Statistik der Carcinome der oberen Gesichtsgegend. 1887, Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 36, S. 230 und 313 ff.

	v. Bergmann			Billrothsche Klinik			Trendelenburg			Würzburger Klinik			Göttinger Klinik		
	Männer	Frauen	Zus.	Männer	Frauen	Zus.	Männer	Frauen	Zus.	Männer	Frauen	Zus.	Männer	Frauen	Zus.
Unterlippe	57,1	+ 7,0	= 64,7	33,7	+ 0,5	= 34,2	48,8	+ 3,4	= 52,2	39,6	+ 3,5	= 43,1	36,6	+ 3,5	= 40,1
Oberlippe	0,4	+ 0,9	= 1,3	1,1	+ 1,6	= 2,7	1,5	+ 1,6	= 3,1	6,2	+ 1,05	= 7,25	3,5	+ 1,4	= 4,9
Wange	6,3 (Wange und Kinn)	+ 3,6	= 9,9	12,1	+ 1,1	= 13,2	7,8	+ 4,4	= 11,1 } 13,3 (Wange und Kinn)	10,5	+ 5,2	} = 17,75 (Wange und Kinn)	4,9	+ 7,1	= 12,0
Kinn				1,1	—	= 1,1	2,0	+ 0,2	= 2,2		1,05		0	0	= 0
Nase	3,6	+ 3,6	= 7,2	7,7	+ 8,8	= 16,5	9,0	+ 7,4	= 16,4	8,3	+ 5,2	= 13,5	14,1	+ 6,3	= 20,4
Lider	5,8	+ 4,5	= 10,3	14,3	+ 5,5	= 19,8	4,8	+ 4,8	= 9,6	5,2	+ 1,05	= 6,25	4,2	+ 2,8	= 7,0
Stirn	1,3	+ 0,9	= 2,2	1,1	+ 3,8	= 4,9	1,2	+ 3,2	= 4,4		4,15	} = 11,45 (Stirn, Schläfe und Ohr)	2,15	+ 1,45	= 3,6
Schläfe	0,9	+ 0,9	= 1,8	2,2	+ 1,1	= 3,3	2,0	+ 0,4	= 2,4	5,2	+ 1,05		0,7	—	= 0,7
Ohr	1,8	—	= 1,8	8,3	+ 0,5	= 3,8	3,0	—	= 3,0	1,05	—		4,95	+ 1,45	= 6,4
Multiple													2,8	+ 2,1	= 4,9

Alle Zahlen dieser Tabelle bedeuten Prozente.

Nasenhaut	40	Fälle,
Wangenhaut	31	„
Augenlider	13	„
Stirn	11	„
Schläfe	10	„
Ohr	5	„
Oberlippe	2	„

Carcinome des Kinns finden sich unter den Fällen der Göttinge Klinik auffälligerweise nicht. Kinnkrebse sind überhaupt selten, fehle aber in keiner der anderen 4 Reihen, wo sie 1,05 bis 2,2 % aller Ge sichtscarcinome ausmachen. Dagegen sind in der Göttinger Reih die Ohrcarcinome wieder weit häufiger, als in allen anderen Statistike

Bei der Bearbeitung der Nasencarcinome im besonderen sind nic nur die Fälle, in denen die Erkrankung auf der Nase selbst begonne sondern auch diejenigen, in denen das Carcinom von einer benachbarte Region aus die Nase ergriffen hatte, in den Kreis der Betrachtung g zogen worden, während in den früheren Zusammenstellungen, wie auc in der soeben gegebenen statistischen Übersicht zu den Hautkrebsen d Nase nur die auf der Nase selbst entstandenen gerechnet wurde Auch die 6 Fälle von multiplem Gesichtscarcinom mit Beteiligung d Nase sind im folgenden mitgezählt worden.

Nicht berücksichtigt sind in der nachstehenden Betrachtung al auf lupösem Boden und auf alten Narben entstandenen Carcinome. Di selben, 3 an der Zahl, die in den letzten 8½ Jahren in der Götting Klinik zur Behandlung gekommen waren, sind in einer kürzlich e schienenen Arbeit von Th. Martschke[1]) ausführlich beschrieb worden.

Die hier bearbeiteten Fälle sind sämtlich in der vorher unve änderten Haut entstandene Carcinome und mit Ausnahme eines Fall in welchem ein Tumor der äusseren Nasenhaut im Anschluss an e Carcinom der Nasenschleimhaut entstand, primäre Krebse der äusser Haut. In drei Fällen handelte es sich bereits um Recidive von solch Carcinomen, die ausserhalb der Klinik, oder vor Dezember 1895 hiesiger Klinik entfernt worden waren (Fall 6).

Wir erhalten auf diese Weise 35 Fälle, und zwar 24 bei Männe und 11 bei Fraueu. Die Männer sind also in mehr als doppelter Üb

---

[1]) Theodor Martschke, Über das Vorkommen von Carcinomen a dem Boden von Lupus und Geschwüren. Inaug.-Dissertation. Göttingen, 19

l, was in anderen Statistiken nicht der Fall ist. Hier sehen wir männliche Geschlecht nur wenig stärker beteiligt, als das weibliche. sind in der Heidelberger Statistik von Bonde unter 40 len 21 Männer und 19 Frauen. Nach der Trendelenburgschen sammenstellung, welche 82 Fälle aufzuweisen hat, sind 45 männnen und 37 weiblichen Geschlechts, während in der Statistik A. Winiwarters die Zahl der Frauen sogar überwiegt: hier sind von Patienten 16 Frauen und 14 Männer.

Es soll nun eine Übersicht über das Lebensalter der Patienten : Zeit des Beginns der Erkrankung folgen. Bei der Ermittlung desben ist man freilich auf die stets mehr oder weniger unzuverlässigen gaben der Kranken angewiesen, doch sind in allen Fällen hinreichend naue Angaben gemacht worden. Ordnet man die 35 Fälle in Altersuppen von je 5 Jahren, so verteilen sich dieselben folgendermassen:

Alter				Fälle	Männer	Frauen		%
20	bis	25	Jahre	1 Fall	1 Mann	— Frau	=	2,9 %
26	„	30	„	1 „	1 „	— „	=	2,9 „
31	„	35	„	2 Fälle	2 Männer	— „	=	5,7 „
36	„	40	„	4 „	3 „	1 „	=	11,3 „
41	„	45	„	1 Fall	1 Mann	— „	=	2,9 „
46	„	50	„	kein Fall				
51	„	55	„	2 Fälle	2 Männer	— „	=	5,7 „
56	„	60	„	7 „	4 „	3 Frauen	=	20,0 „
61	„	65	„	11 „	6 „	5 „	=	31,4 „
66	„	70	„	2 „	2 „	— „	=	5,7 „
71	„	75	„	3 „	2 „	1 Frau	=	8,5 „
76	„	80	„	1 Fall	— Mann	1 „	=	2,9 „

Durch vorstehende Übersicht wird die stets gemachte Beobachtung stätigt, dass der Hautkrebs eine Krankheit ist, mit welcher hauptchlich das höhere Alter belastet ist. Das Jahrzehnt zwischen dem . und 66. Jahre hat weitaus die meisten Fälle aufzuweisen; es fallen diesen Zeitraum 18 von 35 Fällen, also reichlich die Hälfte. Bei n 81 von Trendelenburg nach Altersklassen geordneten Nasenrcinomen liegt das Maximum des Befallenseins in einem etwas höheren ter, nämlich zwischen dem 65. und 70. Jahre.

Die in obiger Tabelle hervortretende Abnahme der Krankheitsfälle ı höchsten Alter spricht nicht für eine geringere Disposition der alten eute, denn es ist zu berücksichtigen, dass die 70- und mehrjährigen nen weit geringeren Teil der Bevölkerung ausmachen, als die Personen, elche im 6. und 7. Jahrzehnt des Lebens stehen.

Als erster hat Trendelenburg diesen Punkt berücksichtigt und die relative Häufigkeit in den einzelnen Altersstufen berechnet. Das Maximum der Disposition liegt danach in dem Zeitraum zwischen dem 70. und 75. Jahre. Erst im allerhöchsten Alter scheint die Disposition zur Erkrankung wieder etwas abzunehmen.

Die beiden Fälle, in denen die Erkrankung zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre begann, zeigen, dass auch das jugendliche Alter — wenn auch relativ selten — dem Hautkrebs ausgesetzt ist.

Dafür, dass die Hautkrebse vorzugsweise im höheren Alter auftreten, sind manche Erklärungsversuche gemacht worden, die jedoch alle unzureichend sind.

„Wir können nur sagen, dass die Hautkrebse sich weitaus am häufigsten im Gesicht lokalisieren, dessen Haut die auffälligsten Altersveränderungen zeigt und, wenn man so sagen darf, am frühesten und am stärksten abgenützt erscheint, um so mehr, je mehr sie den Einwirkungen der Athmosphäre und der äusseren Medien ausgesetzt war." (A. v. Winiwarter, chirurgische Erkrankungen der Haut.)

Um die Entstehung der Hautcarcinome zu erklären, sind viele Faktoren angeführt worden, die die Krankheit hervorrufen oder doch zur Entwicklung des Prozesses beitragen sollen. In erster Linie örtliche Reize — mechanische, wie dauernder Druck oder einmaliger bezw. wiederholter traumatischer Insult, chemische, wie sie durch Russ, Theer und Paraffin hervorgerufen werden. Dann chronische Entzündungen wie Erysipel, Psoriasis, Acne, Eczem usw. Andererseits sollen akute Infektionskrankheiten, namentlich Erysipel, bisweilen einen günstigen Einfluss auf den Verlauf des Carcinoms haben.

Eine Rolle bei der Entstehung der Krebse spielen auch angeborene Bildungsanomalien, wie Warzen, Pigmentmäler, circumscripter Albinismus, Hypertrophie der Haarbälge, der Talg- und Schweissdrüsen. Schliesslich entwickeln sich Carcinome häufig auf vorher schon anderweitig pathologisch affizierten Hautstellen, auf Narben, Hautgummata, Lupus, Geschwüren, Erfrierungen und Verbrennungen. Speziell bei Nasenkrebs soll die Neubildung nicht selten nach Erysipel, chronischer Dermatitis und Erfrierung entstanden sein (Trendelenburg).

Angaben über die vermutliche Entstehungsursache haben von den 35 nur 4 Patienten gemacht.

Eine Frau will früher an Flechten gelitten haben. Wie es scheint, handelte es sich um Psoriasis. Dieselbe Patientin gibt an, das Geschw

plötzlich über Nacht entstanden und sie habe eine „kalte Nase“ ge-
t. Man könnte hier an die Einwirkung von Frost denken (Fall 17).

Ein anderer Patient, welcher gleichzeitig an einem Ulcus rodens
äusseren Ohr leidet, welches aber ein halbes Jahr früher aufge-
en ist, als das Nasenulcus, behauptet, letzteres sei durch Kratzen
ı Ohr her übertragen worden (Fall 27).

In einem dritten Falle war die Patientin, eine 77jährige Frau,
gen chronischen Eczems in klinischer Behandlung gewesen (Fall 7).
mal schliesslich wird angegeben, das Geschwür sei im Anschluss an
en von dem Patienten mit den Fingernägeln ausgedrückten Mitesser
standen (Fall 16).

In vielen Fällen wird die Entwicklung von Hautcarcinomen durch
ıtigkratzen kleiner Borken, Pusteln oder Warzen befördert werden,
l es ist wahrscheinlich, dass auch unzweckmässige Behandlung, wie
isionen in Hautknoten, Auskratzungen, Ätzungen und Salbenbehandlung
ı Warzen, Mälern und Schorfbildungen, wovon viele Patienten be-
ıten, einen schädigenden Reiz ausüben und zum Wachstum der Ulcera
l Tumoren das ihrige beitragen.

Mehrfach hat man den Beruf und die Lebensweise der Patienten als
iologischen Anhaltspunkt zu verwerten gesucht und konstatiert, dass
ben Arbeitern, die viel mit Russ, Theer und Paraffin zu tun haben, be-
ıders die ländliche Bevölkerung stark belastet ist. Das letztere wird
rch die vorliegende Zusammenstellung bestätigt. Unter den 24 Männern
d 10 Landleute, also 41,7 %. Ferner 5 Arbeiter, wohl auch der Mehr-
ıl nach Landarbeiter. Die Berufe der übrigen Patienten sind die ver-
ıiedensten: je einer ist Stationsvorsteher, Bahnwärter, Fuhrmann, Maurer,
rber, Weber, Schneider und Kaufmann. Auffallend ist, dass weitaus die
isten Patienten männlichen, wie weiblichen Geschlechts Dorfbewohner
d. Diesen Faktor hebt auch v. Winiwarter hervor, von dessen
ınken nur 29,4 % Städter, alle übrigen Landbewohner waren.
ıiersch, welcher die Ansicht vertritt, das Hautcarcinom entstehe
rch das Welkwerden des Gesichts — das Stroma werde dem Epithel
genüber weniger resistenzfähig und dieses beginne nun abnorm zu
ıchern — bringt das häufigere Befallenwerden der Bauern mit seiner
eorie in Verbindung und sagt, ähnlich wie v. Winiwarter, die Ge-
htshaut, die Wind und Wetter mehr ausgesetzt sei, altere früher
rendelenburg). Auch wird bei den Landleuten vernachlässigte
ıutpflege gewiss in vielen Fällen die Entwicklung von Hautkrebsen
günstigen.

Was die Frage der Heredität anlangt, so sind die Angaben übe Krebserkrankungen von Verwandten sehr spärlich. Nur ein Patien sagt aus, seine Mutter habe an einem Kopfkrebs gelitten, welcher in folge einer von einem Huhn ihr zugefügten Kratzwunde entstanden se (Fall 27).

Das Hautcarcinom tritt an der äusseren Haut des Gesichtes haupt sächlich in zwei Formen auf, die morphologisch und klinisch von ein ander verschieden sind. Thiersch bezeichnet sie als flachen un tiefgreifenden Epithelialkrebs.

Die erste Form — das Ulcus rodens — zeigt sich als flache meist mit trocknen Borken bedekte Ulceration, rundlich oder mit aus gezackten Rändern. Letztere sind hart, meist etwas aufgeworfen un gehen ohne scharfe Grenze in die gesunde Haut über. Charakteristisc für das Ulcus rodens ist die Geschwürbildung mit der Neigung z oberflächlicher Ausbreitung. Erst in fortgeschrittenem Stadium werde gewöhnlich auch die tieferen Hautschichten und die darunter gelegene Partien ergriffen.

Das tiefgreifende oder infiltrierende (Billroth) Carcinom erschein von vorneherein als Geschwulst, die namentlich auch in die Tiefe for wuchert. Es nimmt seinen Ursprung wahrscheinlich von den tiefere Schichten der Haut, von den Talg- oder Schweissdrüsen. Meist bilde sich eine höckrige Geschwulst aus, auf deren Oberfläche sich oft ei Geschwür befindet. Der Verlauf dieser Form ist meist ein schnellere als der des flachen Ulcus. Auch soll bei diesem letzteren seltener ein Infektion der regionären Lymphdrüsen stattfinden, was freilich nach de Befund der vorliegenden Fälle nicht bestätigt werden kann (s. unten Bei beiden Formen kommen übrigens geringe Lymphdrüsenschwellunge vor, die rein entzündlicher — nicht carcinomatöser — Natur sind u nach der Extirpation des Carcinoms schwinden (v. Winiwarte Metastasenbildung ist bei beiden Formen eine Seltenheit.

Das Ulcus rodens findet sich vornehmlich an Schläfe, Stir Wangen und Nase, während der häufigste Sitz des tiefgreifenden Tumo die Unterlippe ist.

Als eine dritte, seltene Form ist noch der papilläre Hautkreb welcher sehr zur Verhornung neigt, zu erwähnen.

In unseren 35 Fällen ist das Ulcus rodens das bei weite häufigere. Es findet sich 24 mal. Anders ist das Verhältnis b Bonde; hier finden wir an der Nase beide Carcinomarten in gleich

hl vertreten. Bei v. Winiwarter sind die Tumoren sogar in der
zahl (13 : 12).

Die Erkrankung begann nach Aussage der Patienten meist ent-
er mit einem kleinen Geschwür (14 mal), oder mit einem Knoten
. einer kleinen Geschwulst (11 mal). In anderen Fällen bestand
n seit langer Zeit eine Warze, die sich plötzlich vergrösserte und
geschwürig zerfiel (4 mal). In zwei Fällen entwickelte sich der
s aus einem Naevus, zwei Patienten geben an, es habe anfangs nur
rf bestanden. In einem Falle soll die Ulceration von einem mit
Finger ausgedrückten Mitesser ausgegangen sein. Bei einem
nten schliesslich findet sich in der Krankengeschichte keine An-
über die Form des Beginns der Erkrankung.

Bei denjenigen Fällen, in denen die Erkrankung von der Nasen-
selbst ihren Ausgang nahm, finden wir als Ort des Beginns einen
nflügel 9 mal, eine Seitenfläche der Nase oberhalb des Nasenflügels
nal, den Nasenrücken bezw. die Nasenwurzel 6 mal, die Nasen-
e 2 mal. In einem Falle, in welchem beide Nasenflügel, die
gen und die Oberlippe ergriffen waren, ist nur bekannt, dass die
ktion an der Nase selbst begann; die genauere Lokalisation des Be-
s der Erkrankung ist in der Krankengeschichte nicht mitgeteilt
5).

Von denjenigen Fällen, die nicht auf der äusseren Nasenhaut ihren
ng nehmen, ist einer nach einem Carcinom der Nasenhöhle ent-
len (Fall 2). Die übrigen gehen von benachbarten Regionen aus
zwar vom inneren Lidwinkel 3, von der Wange 1 Fall.

Von Interesse ist es vielleicht, festzustellen, wie die beiden Arten von
tcarcinome sich auf die einzelnen Gegenden der Nase verteilen. Es
zu diesem Zweck nur die Lokalisationen der tiefgreifenden Tumoren
führt:

unter den 9 Nasenflügelkrebsen befindet sich 1 Tumor,
„ „ 12 Seitenflächenkrebsen befinden „ 4 Tumoren,
„ „ 6 Nasenrückenkrebsen „ „ 4 „
„ „ 2 Nasenspitzenkrebsen befindet „ 1 Tumor.

Danach sind also die Nasenflügel im Gegensatz zu den anderen
en der Nase und ganz besonders dem Nasenrücken sehr selten von
trierenden Tumoren befallen. In auffallendem Gegensatze steht dies
bnis zu der Angabe Trendelenburgs, welcher beobachtet hat,
die flache Form besonders häufig auf dem Nasenrücken vorkommt.
Übereinstimmung mit obiger Zusammenstellung führt er weiter an,
die tiefgreifende Form oft an der Nasenspitze entsteht.

Die meisten Fälle gehen nach vorlieger Zusammenstellung von de Seitenflächen und den Nasenflügeln aus, nur wenige — 7 % der Nasen carcinome — nehmen ihren Ursprung von der Nasenspitze.

Eine oft gemachte Beobachtung, die auch in den Arbeiten vo v. Winiwarter und Bonde verzeichnet ist, ist die, dass viele Krank eine lange Zeit vom Beginn des Leidens verstreichen lassen, bis s sich in ärztliche Behandlung geben. Eine grosse Anzahl Kranker wa vor der Aufnahme in hiesiger Klinik schon anderweitig behandelt worde Bei vielen ist das Geschwür gebrannt, bei anderen ausgekratzt worde bei einigen sind Knoten inzidiert worden. Eine grosse Rolle spiel Ätzungen und Salbenkuren. Erst wenn die Erfolglosigkeit solcher Mitt durch wiederholte Wiederkehr des Leidens erwiesen ist und das Wachstu der Neubildung stärker wird, suchen die Patienten die Klinik a Zwischen dem Beginn des Leidens und der ersten Operation liegen Jahre und Jahrzehnte. In einem Falle 30, in anderen 28, 20, 15, und 8 Jahre. Weniger als ein Jahr war nur in 5 Fällen verstrichen.

Zum Teil findet diese Erscheinung wohl ihre Erklärung in ein Umstande, den v. Winiwarter hervorhebt, nämlich, dass bei d meisten Hautcarcinomen zu einem gewissen Zeitpunkt ein Stillstand der Weiterentwicklung eintritt. Dieser Ruhestand bleibt oft Jahre la bestehen, bis unvermittelt ein Stadium erneuten und schnellen Wachstu eintritt, welches dann die Kranken veranlasst, den Arzt aufzusuch Für die flachen Ulcera berechnet v. Winiwarter die erste Wachstum periode auf 7 Jahre, die zweite auf $1^1/_2$ Jahre. (Die Entwicklung infiltrierenden Carcinome geht wesentlich schneller vor sich.)

Ein solches Verhalten im Wachstum der Neubildungen lässt s nur aus wenigen Krankenberichten der Göttinger Fälle entnehm Im Gegenteil wird in vielen Anamnesen hervorgehoben, dass das Wac tum mehrere Jahre lang und zwar vom Beginn des Leidens an bis Operation ein allmähliches und stetiges gewesen sei.

In manchen Fällen hatte die Neubildung schon eine grössere A dehnung gewonnen und war von einer Ursprungsstelle auf andere T der Nase, in einigen Fällen auch schon auf benachbarte Gebiete, Wangen, Oberlippe, Augenlider übergegangen.

Die folgende Zusammenstellung zeigt, wie oft die einzelnen T an dem carcinomatösen Prozess beteiligt waren. Ergriffen war

der rechte Nasenflügel . . . . . in 11 Fällen,
der linke Nasenflügel . . . . . . „ 10 „
Nasenrücken und Nasenwurzel . . . „ 13 „
die Nasenspitze . . . . „ 5 „

das Septum . . . . in 3 Fällen,
die Oberlippe . . . . „ 3 „
eine oder beide Wangen . . . . . „ 8 „
der innere Lidwinkel . . . . . . „ 8 „
Augenlider und Konjunktiva . . . „ 3 „
der Bulbus . . . . „ 2 „
die Orbita . . . . „ 1 Falle,
der ganze knorplige Teil der Nase . „ 4 Fällen,
die linke Seite der Nase . . . . . „ 10 „
die rechte Seite der Nase . . . . „ 5 „
ein Oberkiefer . . . . „ 4 „
die Stirnhöhle eröffnet . . . . . „ 1 Falle.

Die benachbarten Lymphdrüsen werden bei Hautcarcinom später
;riffen, als bei Carcinomen drüsiger Organe und der Schleimhäute.
i manchen Hautkrebsen bleiben sie völlig frei. Nach v. Winiwarter,
endelenburg u. A. haben die flachen Formen im ganzen weniger
igung, auf Lymphdrüsen überzugreifen, als die infiltrierenden. Bei
chernden Tumoren tritt die Drüseninfiltration bisweilen schon nach
nigen Monaten ein, meist aber auch hier erst nach 2 bis 4 Jahren.
n muss freilich berücksichtigen, dass Lymphdrüsen, die man durch
Haut vergrössert fühlt, schon auf das 4- bis 5fache geschwollen
d (v. Winiwarter). Im allgemeinen kann man sagen, dass die
utcarcinome um so früher auf die Drüsen übergreifen, je näher sie
ıselben liegen, je rascher und massiger sich der primäre Herd ent-
:kelt und in die Tiefe wuchert.

Der Annahme, dass Drüsenschwellungen bei Hautcarcinomen selten
d, wie Thiersch angibt, widerspricht die Tatsache, dass in unseren
Fällen 9 Patienten geschwollene Drüsen in einer oder in beiden
bmaxillarregionen aufzuweisen hatten, und zwar waren von diesen 9
llen 7 flache Ulcera, was zu der Behauptung, dass Drüsenschwellungen
m Ulcus rodens seltener vorkommen sollen, als beim infiltrierenden
rcinom, (v. Winiwarter, Krankheiten der Haut) im Gegensatz steht.

Besser stimmt diese Tatsache mit der Angabe von Trendelen-
rg überein, welcher Lymphdrüseninfektionen auch bei flachen Haut-
bsen für nicht so selten hält, wie bisher — namentlich auch von
iiersch, welcher überhaupt nur 2 Fälle von Ulcus rodens mit in-
erten Lymphdrüsen beobachtet hat — angenommen wurde.

Freilich ist es nicht erwiesen, dass es sich jedesmal um carci-
natös entartete Drüsen gehandelt hat; vielleicht waren die Drüsen in

manchem Falle nur entzündlich geschwollen. Nach v. Winiwarter ist dies bei Hautcarcinom allerdings nur ausnahmsweise der Fall.

Erwähnenswert ist es, dass von den 9 Fällen mit Drüsenschwellung 7 solche Carcinome betrafen, die schon seit langen Jahren (8, 10 und 20 Jahre) bestanden, während bei zweien die Erkrankung erst seit etwa vor einem Jahre begonnen hatte. Einer dieser beiden Fälle ist ein infiltrierter Tumor, der andere ist ausserdem interessant wegen des Auftretens von Metastasen, die ja bei Hautcarcinom überhaupt selten sind. Es handelt sich um ein ganz flaches Ulcus am linken Nasenflügel. Unter dem linken Kieferwinkel befand sich eine taubeneigrosse, harte, wenig verschiebliche Drüsengeschwulst. Fünf Monate nach der Exstirpation der Drüsen und des Ulcus entstand inmitten des Sternocleidomastoideus ein fast hühnereigrosser, sehr fester, mit dem Muskel verwachsener Tumor. Gleichzeitig wieder geschwollene Kieferdrüsen. Schon zwei Monate nach Entfernung dieser Neubildungen kam Patient mit einem Recidivknoten in der Operationsnarbe am Sternocleido wieder. Eine radikale Entfernung war wegen der ausgedehnten Verwachsungen mit den grossen Halsgefässen nicht mehr möglich. Der Kranke starb 10 Monate später an dem Krebsleiden (Fall 23).

Metastasen sind sonst nicht nachgewiesen worden. Nur noch in einem Falle liegt vielleicht eine Metastase vor. Es handelt sich um ein vor 7 Jahren operiertes zehnpfennigstückgrosses Ulcus rodens an der Nasenspitze. Gleichzeitig bestanden Lymphdrüsentumoren am Halse — angeblich tuberkulöser Natur. $6^1/_2$ Jahr nach der Entfernung des Ulcus und der Drüsen traten Beschwerden bei der Nahrungsaufnahme auf: Patient leidet an Schlingbeschwerden. Feste Nahrung kommt wieder zurück, Flüssigkeiten gehen langsam hindurch. Es besteht Schmerzgefühl in der Herzgrube und links davon. Diagnose: Carcinom des Oesophagus und der Cardia (Fall 14).

Bei einer Patientin trat nicht ganz ein Jahr nach der Excision eines Ulcus rodens auf einem Nasenflügel ein Mammacarcinom auf. Ein Recidiv an der Nase war nicht entstanden. Man kann in diesem Falle das Mammacarcinom wohl nicht als Metastase ansprechen. Es ist mindestens ebenso wahrscheilich, dass es sich hier um zwei von einander unabhängige Krebserkrankungen handelt, zumal, da gleichzeitig mit dem Ulcus rodens keine Infektion der regionären Lymphdrüsen konstatiert wurde (Fall 21). Ebenso ist wohl ein anderer Fall aufzufassen, in welchem $2^1/_4$ Jahr nach der Excision zweier Ulcera an Ohr und Nase — Drüsenschwellungen waren auch hier nicht festgestellt worden —

Kranke nach einem Bericht aus seiner Heimat an Leberkrebs starb
[27).

Der grossen Seltenheit der Metastasenbildung, sowie der langsamen
vicklung vieler Hautcarcinome ist es wohl zu danken, dass die
ıkheit so viele Jahre bestehen kann, ohne ein tödliches Ende herbei-
hren. Schmerzen scheinen selten aufzutreten. Nur eine Patientin,
:he an einem pfennigstückgrossen Ulcus rodens litt, klagte über zeit-
iges Brennen und Stechen (Fall 22).

Von jeher sind die Meinungen der Ärzte über die Behandlung
Carcinome und speziell der Hautcarcinome auseinandergegangen.
e Erscheinung sehen wir schon bei den Vertretern der Medizin im
rtum. Hippokrates sagt, man solle bei verborgenen, d. h. nicht
ebrochenen Krebsen keine Behandlung unternehmen, denn die Kranken
en dabei eher zugrunde, als wenn man nichts täte. Dieser An-
; schliesst sich Galen an. Nach ihm gehen die Ansichten der Ärzte
inander: die einen halten einen Eingriff in jedem Falle für nutzlos,
:hädlich, andere wollen die an der Oberfläche gelegenen Krebse,
n Wurzeln erreichbar seien, entfernen, wieder andere betonen die
vendigkeit, exulcerierte Krebse wegen übermässiger Schmerzen, auf
angen der Patienten, zu operieren. Diesen letzten Standpunkt ver-
auch Galen.[1]) Er extirpierte den Krebs mit dem Messer und
:horfte die Wundfläche mit dem Glüheisen. Im Anfangsstadium
Erkrankung will er gute Erfolge gehabt haben.

Mit dem allgemeinen Niedergang der Medizin im Mittelalter geriet
Behandlungsart gänzlich in Vergessenheit und man glaubte sogar,
operativen Eingriffen beginne der Krebs erst recht zu wachsen,
ıalb man jedes Schneiden ängstlich vermied.

Erst im 18. Jahrhundert, als man zu der Ansicht kam, dass der
s eine rein lokale Krankheit sei und nicht der Ausfluss eines
s, das den ganzen Körper durchdrungen habe, begann man wieder,
Carcinom durch operative Behandlung zu bekämpfen.[2])

Der erste, welcher eine Statistik über operative Erfolge bei Car-
n lieferte, war Billroth. Ihm folgte eine Reihe von statistischen
iten, sodass wir heute in der Lage sind, uns ein Bild von den
ichten der chirurgischen Behandlung des Hautkrebses zu machen.

---

[1]) Gurlt, Geschichte der Chirurgie. Berlin, 1898, Bd. III. S. 484, 485.
[2]) Weisswange, Operative Erfolge bei Hautcarcinome, Inaug.-Disser-
ı. Halle, 1894.

Neben der ausgibigen Exstirpation, für welche Thiersch[1]) und Gussenbauer energisch eintreten, wurden teils im Anschluss an die Entfernung mit dem Messer, teils als einziger therapeutischer Eingriff Kauterisationen und Ätzungen angewandt. Letztere besonders mit Kali kausticum, Chlorzinklösungen, Liquor ferri sesquichlorati und anderen Mitteln. Auch Chromsäure und arsenige Säure sind empfohlen worden.

Nie hat es an Stimmen gefehlt, welche immer wieder betonten, dass der Extirpation der Vorzug vor allen anderen Eingriffen gebühre, und wiederholt ist auf die Gefahren und Nachteile unzeitig angewandter unvollkommener Eingriffe hingewiesen worden (v. Winiwarter, Trendelenburg, Bonde).

Auch der innere Gebrauch von Arsen ist vorgeschlagen worden (Lassar, 1893). Ferner hat man, gestützt auf die Beobachtung, dass Hautkrebse nach akutem Erysipel zurückgingen, Impfungen mit Erysipelcoccenserum empfohlen. Doch ist der Heilerfolg dieser Mittel ganz unsicher.

In neuester Zeit wurden gute Erfolge mit Röntgenbestrahlung beobachtet, wie auch einer der vorliegenden Nasencarcinomfälle lehrt (Fall 34).

In unseren Fällen, abgesehen von zweien, von denen der eine inoperabel war, der andere durch Röntgenbestrahlung zur Heilung gebracht wurde, ist die Neubildung jedesmal durch Excision bezw. Exstirpation beseitigt worden.

Im ganzen wurden zu diesem Zweck 46 Operationen ausgeführt. Oberflächliche Ätzungen, Kauterisationen und ähnliche unvollständige Operationen sind überhaupt nicht in Anwendung gekommen. Nur in dem eben erwähnten inoperabelen Fall ist Kauterisation vorgenommen worden.

Bei kleineren Tumoren und Geschwüren wurde in einer Reihe von Fällen nach der Exstirpation die Haut über dem Defekt einfach durch Naht vereinigt (10 Operationen). Von den 7 Patienten, an denen diese Operationen ausgeführt wurden, leben geheilt und recidivfrei 2, der eine freilich erst seit $^1/_4$ Jahr, der andere dagegen seit $7^1/_4$ Jahren. 3 wurden nachweislich von Recidiven befallen. Die übrigen 2 bekamen keine Recidive des Nasencarcinoms und starben nach einem bezw. einem halben Jahre.

In weiteren 10 Fällen wurde der Defekt durch Hauttransplantation nach Thiersch gedeckt.

---

[1]) Thiersch, Der Epithelialkrebs, namentlich der äusseren Haut. 1

Nach 2 Operationen, bei welchen sehr ausgedehnte Partien ent-
: werden mussten, wurde von einer Deckung des Defekts zu-
.st abgesehen. In dem einen Falle war bereits der ganze knorplige
der Nase und fast die ganze Oberlippe zerstört. Auf beiden Wangen
nden sich ausgedehnte Geschwüre. Bei der Operation wurde fast
ganze Nase und der harte Gaumen entfernt; ausserdem die rechte
morshöhle ausgeräumt. Nachdem sich der Defekt unter Verbänden
essigsaurer Tonerde durch Granulationen verkleinert hatte, wurde
ent mit Gaumenprothese und künstlicher Nase entlassen (Fall 1).

In dem zweiten Falle war der linke Nasenflügel ganz und der
te fast ganz geschwunden, ebenso das Septum. Die Ulcerationen
eckten sich auf der Nasenschleimhaut bis weit in die Nasenhöhlen
in. Nach der Exstirpation, bei welcher fast die ganze äussere
e fortfiel, wurde Patient mit künstlicher Nase aus Papiermaché ent-
en (Fall 28).

In allen anderen Fällen ist der durch die Operation entstandene
ekt durch Plastiken gedeckt worden, und zwar in 16 Fällen durch
n gestielten Lappen aus der Stirn, in 4 Fällen durch einen solchen
der gesunden Nasenhälfte, in 3 Fällen durch einen Lappen aus der
ge und in einem Falle, wo die Exstirpation eine sehr ausgedehnte
— es handelte sich um ein Recidiv —, durch einen gestielten
pen aus der Schläfe.

Totale Rhinoplastiken, wie sie von v. Winiwarter und Bonde
hrieben sind, waren in den Göttinger Fällen nicht erforderlich.

Eine Kieferhöhle musste in 3 Fällen eröffnet werden, die Stirn-
en einmal. Zwei Patienten wurde der Bulbus enucleirt.

Der Ausgang der Operationen und der Heilungsverlauf waren, ab-
hen von vorübergehenden Eiterungen und Temperatursteigerungen,
in einigen Fällen auftraten und belanglos waren, durchweg günstig.
in einem Falle trat nach einer ausgedehnten Recidivoperation, bei
her eine Highmorshöhle eröffnet wurde und fast die ganze linke
enhälfte fortfiel, die Wunden z. T. vernäht, im übrigen mit Jodoform-
e austamponiert wurden, am 9. Tage nach der Operation unter hohem
er Gesichtserysipel ein, welches jedoch nach 6 Tagen abgeheilt
(Fall 29).

In einem Falle ist, wie bereits erwähnt, keine Extirpation vor-
mmen worden. Es handelte sich um eine 69jährige Frau, die in
r elendem Zustande in die Klinik kam. An der linken Nasenseite
nd sich ein fast hühnereigrosser, stark zerklüfteter, ziemlich weicher,
der Oberfläche geschwürig zerfallener, sehr übelriechender, dunkel-

roter Tumor. Das Nasenloch war fast ganz verstopft. Die Behandlun bestand darin, dass die Geschwulst mit einem messerförmigen Paqueli niedergebrannt und abgetragen wurde. Patientin wurde mit Borsalbe verband ungeheilt entlassen. Schon wenige Wochen später, im Februa 1897, erlag die Frau ihren Leiden (Fall 9).

Der Fall, welcher durch Röntgenbestrahlung behandelt wurde, b traf einen 75jährigen Landmann, welcher seit 10 Jahren an einem etw markstückgrossen Ulcus rodens an der linken Nasenseite litt. Das Ulcu wurde an je 2 aufeinander folgenden Tagen im ganzen 4 mal je 1 resp. 10 Minuten lang bestrahlt und kam völlig zur Heilung (Fall 34

Die operativen Heilerfolge bei Hautkrebs sind besser, als bei all anderen Carcinomen, doch könnte man bei der relativen Gutartigke der Gesichtscarcinome annehmen, dass dauernde Heilung noch w häufiger erreicht würde, als dies in der Tat der Fall ist. Man mu jedoch berücksichtigen, dass, wie schon erwähnt, viele Patienten e zur Operation kommen, wenn der Krankheitsprozess sehr weit fortg schritten ist, und zweitens, dass sich der ausgiebigen Exstirpation Gesichte vielerlei Schwierigkeiten entgegenstellen. Thiersch u O. Weber stellten als Regel auf, mit den Exstirpationsschnitt wenigstens 1 cm weit von der Peripherie der Neubildung entfernt bleiben. Nach Möglichkeit ist dieses Verfahren auch in den vorliegend Fällen beobachtet worden. Natürlich wurden geschwollene Lymphdrüs stets mit entfernt.

Trendelenburg geht so weit, in allen Fällen, also auch, we keine geschwollene Drüsen palpabel sind, in den Submaxillarregionen incidieren und dort Drüsen und Weichteile zu entfernen.

Denselben Standpunkt vertreten Gussenbauer und v. Wir warter, welche hervorheben, dass bereits ganz kleine Drüsen, durch die Haut nicht fühlbar seien, vollständig carcinomatös enta sein können. Es sei daher durchaus rationell, in allen Fällen von Ha krebs nicht nur den lokalen Krankheitsherd, sondern stets auch regionären Lymphdrüsen zu exstirpieren, ob man sie vor der Operat als vergrössert gefühlt habe oder nicht.

A. v. Winiwarter sagt: „Ein Carcinom recidiviert entweder w ein Teil desselben überhaupt nicht entfernt worden, oder weil innerh des physiologischen, noch nicht als carcinomatös zu betrachtenden webes die Krebskeime, allerdings ein bis jetzt unbekanntes Etwas, zurü geblieben sind, oder endlich, weil der Organismus ein zweites Mal Carcinom befallen wird, ohne dass ein kausaler Zusammenhang mit

ten Krankheit nachweisbar wäre. Die Recidive entwickeln sich dabei weder in der Narbe oder in ihrer unmittelbaren Umgebung, also an n primären Krankheitsherde (lokale Recidive), oder in den Lymphisen allein, während der lokale Herd frei bleibt (Infektionsrecidive), er gleichzeitig in der Narbe und in den Drüsen. Endlich kann das cidiv an einer anderen Stelle auftreten, als die primäre Neubildung l zwar mehr oder weniger weit von dem ursprünglichen Herd entnt (regionäres Recidiv). Das lokale Recidiv entwickelt sich gehnlich in ganz analoger Weise, wie die erste Entstehung der Neudung, doch kommt es auch vor, dass ein flacher Hautkrebs nach der stirpation in die tiefgreifende Form übergeht."

Weiter unterscheidet v. Winiwarter die Recidive nach den itperioden, welche zwischen Operation und Eintritt des Recidivs verssen sind, als Frührecidive und Spätrecidive. Die ersteren, weitaus häufigeren — 86 % aller Recidive — treten 6 bis 12 nate nach der Operation ein. Bei den Spätrecidiven war die recidivie Pause länger als 1 Jahr. Häufig betreffen die Spätrecidiven im gensatz zu den Frührecidiven andere Hautpartien, als diejenige, welche r Sitz der primären Neubildung war. Zu den Spätrecidiven gehören rnehmlich auch die Infektionsrecidive in den Lymphdrüsen.

v. Winiwarter erklärt das späte Eintreten dieser Infektionsidive in der Weise, dass, wenn das primäre Carcinom entfernt ist, gleicher Zeit ein Reiz entfällt, der auf die Drüse eingewirkt hatte d sie in einem gewissen Irritationszustande hielt. Fehlt nun der iz, so kann die Weiterentwicklung des Carcinoms in der Lymphdrüse ien vorübergehenden Stillstand erleiden oder wenigstens ganz allmähh vor sich gehen.

Die Schnelligkeit des Eintritts der Recidive überhaupt hängt, wie endelenburg betont, von Art und Sitz der Erkrankung ab und sserdem sehr wesentlich von der Ausgiebigkeit der Operation.

Durch statistische Untersuchungen ist festgestellt, dass nach Abif von 3 Jahren gewöhnlich keine Recidive mehr eintreten, sodass in die Kranken nach diesem Zeitraum wohl als dauernd geheilt zu trachten pflegt. Es besteht aber auch in diesem Falle noch lange cht die Gewissheit, dass die Krankheit völlig gehoben ist, und man t auch nach 7, 10 und mehr Jahren Recidive auftreten sehen (Trenlenburg).

Andere (Weisswange) nehmen schon nach 1 bis $1^1/_2$jähriger cidivfreier Zeit vollkommene Heilung an — freilich gewiss mit irecht.

Von den 46 an 34 Patienten ausgeführten Operationen betrafen 15 Recidive, und zwar wurden diese 15 Operationen an 8 Patienten vorgenommen. Recidive wurden operiert

an 6 Patienten 1 mal,
„ 1 „ 2 „
„ 1 „ 7 „

In allen Fällen handelte es sich um Lokalrecidive; entweder in Form von Ulcerationen oder als Knoten und Tumoren in den Operationsnarben und unter den Decklappen, welche bisweilen von den Geschwulstmassen vollständig durchsetzt waren. Von Interesse ist es, die recidivfreien Zwischenzeiten festzustellen. Dieselben betrugen

1 Monat in 1 Falle,
2 Monate „ 4 Fällen,
3 „ „ 3 „
4 „ „ 1 Falle,
$4^1/_2$ „ „ 2 Fällen,
6 „ „ 1 Falle,
7 „ „ 1 „
10 „ „ 1 „
12 „ „ 1 „

Berechnet man aus diesen 15 Fällen den Durchschnitt, so ergibt sich eine mittlere Dauer bis zur Entstehung eines Recidivs von 4,
Monaten.

Bei einem dieser 8 Patienten sind die Nachforschungen nach seinem jetzigen Befinden ergebnislos geblieben. Ein anderer ist 2 Jahr 7 Monate nach der Recidivoperation an Altersschwäche gestorben. Ei nochmaliges Recidiv des Nasenkrebses war nicht eingetreten (Fall 7). Zwe leben ohne Recidiv und zwar seit 6 Jahren 4 Monaten bezw. 2 Jahre 2 Monaten. Der eine von diesen beiden ist magenleidend, der ander befindet sich wohl. Ein Kranker lebt mit dem 6. Recidiv, welche nicht radikal entfernt werden konnte, ungeheilt (Fall 29). Nochma von Lokalrecidiven wurden 3 Patienten befallen. Von diesen lebt eine (das erste Recidiv ist vor $6^1/_4$ Jahren in hiesiger Klinik operiert worde Patient hat seit dieser Zeit 2 mal Gesichtserysipel gehabt), die beide anderen sind gestorben, und zwar 4 Jahre bezw. 1 Jahr 10 Monate nac ihrer Entlassung aus der Klinik.

Ausserdem sind nachweislich von Recidiv befallen 7 Krank Wieder sind sämtliche 7 Fälle Lokalrecidive. Die recidivfreie Zeit i nur in einem dieser Fälle annähernd bekannt geworden; dieselbe betru

r 1 bis 2 Jahre. An dem Recidiv gestorben sind von diesen 7 ienten 3. Ärztlich behandelt sind diese 3 nicht mehr. Der Tod t $7^1/_2$ Jahre, 6 Jahre bezw. 8 Monate nach der Entlassung aus der nik ein. Von den 4 Lebenden befanden sich 2 in ärztlicher Be-ıdlung; Operationen sind jedoch nicht vorgenommen worden.

Es sind also im ganzen 15 Patienten nachweislich von Recidiven allen worden und zwar — soweit bekannt geworden ist —

10 Patienten 1 mal,
4 „ 2 „
1 Patient 6 „

Nach den eingezogenen Erkundigungen sind 20 Patienten seit er letzten Operation recidivfrei geblieben. Drei derselben hatten, wie ıon erwähnt, ein Recidiv, die übrigen 17 sind überhaupt nicht von cidiven befallen worden (= 40 %). 9 sind gestorben, und zwar je er an Lebercarcinom (nach $2^1/_4$ Jahren), an Carcinommetastase im ernocleido mastoideus (nach 10 Monaten), an einem Recidiv eines Ohr-cinoms (nach 5 Monaten), an Gesichtserysipel (nach 2 Jahren 9 Monaten), ch einer Magenblutung (nach 2 Monaten), an Influenza (nach 2 Jahren), rch Selbstmord (nach 4 Monaten) und zwei an Altersschwäche (nach Jahren 7 Monaten resp. nach 7 Jahren). Die übrigen 9 leben und d gesund bis auf einen, welcher magenleidend ist.

Die Heilungsdauer dieser 20 Patienten, von ihrer letzten Operation gerechnet, beträgt:

	Jahre	Monate
1.	7 Jahre	— Monate,
2.	7 „	— „
3.	7 „	— „
4.	7 „	— „
5.	6 „	4 „
6.	3 „	7 „
7.	2 „	9 „
8.	2 „	8 „
9.	2 „	7 „
10.	2 „	3 „
11.	2 „	2 „
12.	2 „	— „
13.	— „	10 „
14.	— „	5 „
15.	— „	4 „
16.	— „	4 „
17.	— „	4 „
18.	— „	3 „
19.	— „	2 „
20.	— „	2 „

Wenn wir mit v. Winiwarter als wahrscheinlich geheilt diejenigen Fälle betrachten, in denen ein Recidiv mindestens 3 Jahre ausblieb, so erhalten wir hierfür nur 6 Fälle. Die 8 Fälle, in denen die Heilungsdauer noch kein Jahr beträgt, sind natürlich hoher Recidivgefahr ausgesetzt und können als Heilungen jetzt noch nicht in Betracht kommen. Die übrigen 12, bei denen die Heilungsdauer 2 Jahre und mehr beträgt, können mit einiger Wahrscheinlichkeit als geheilt angesehen werden. Sie betreffen 10 Männer und nur 2 Frauen. Bei v. Winiwarter war umgekehrt die Zahl der geheilten Frauen die grössere. 2 von diesen 12 Fällen waren übrigens von Lymphdrüsenschwellungen begleitet und zwar beträgt die Heilungsdauer 3 Jahre 8 Monate bezw. 2 Jahre 9 Monate (die Drüsen waren natürlich extirpiert worden). Eine Bestätigung der Bemerkung v. Winiwarters, dass dauernde Heilungen von Carcinomen mit Lymphdrüsenschwellung durchaus nicht unmöglich sei.

Das Schicksal der 35 Kranken war also, kurz zusammengefasst folgendes:

Von Recidiven wurden befallen . .	15 Patienten.
Von diesen wurden wieder operiert .	8 „

Von den 15 von Recidiv befallenen sind an dem Krebs gestorben	5 Pat.	15 = 42,9 %
Aus anderer Ursache (Altersschwäche) — recidivfrei — gestorben	1 „	
Es leben mit Recidiv	6 „	
Nachweislich recidivfrei sind	2 „	
Unbekannt ist das Schicksal von	1 „	

Gestorben sind ausser den 6 obigen 9 Patienten.

Von diesen 9 starb infolge des Nasenkrebses . .	1 Pat.	9.
Infolge anderer Carcinome	3 „	
Aus sonstigen Ursachen	5 „	

Recidivfrei und gesund sind ausser den oben angeführten 2 recidivfreien	8 Patienten
An einem Carcinom des Oesophagus leidet	1 Patient.
Zusammen	33 Patienten

Das Schichsal der übrigen 2 Patienten ist unbekannt.

Als fast geheilt sind zu betrachten:

Die recidivfrei gebliebenen und lebenden . 8 Pat.		
Die an Recidiv operierten, jetzt gesunden . 2 „	16 = 45,7 %.	
Die an anderen Krankheiten — ausser Carcinomen — bezw. aus sonstigen Ursachen gestorbenen . . . . . . 6 „		

on diesen kann man mit einiger Wahrscheinlichkeit als dauernd geheilt betrachten die seit 2 oder mehr Jahren recidivfreien, abzüglich der beiden von Leber- bezw. Oesophaguskrebs befallenen . . . . 10 Pat. = 28,6 %.

Von den 30 von v. Winiwarter bearbeiteten Nasencarcinomllen wurden von Recidiv befallen 50 %, geheilt 39,2 %.

Es sollen nun die Krankengeschichten aller 35 beobachteten Fälle, nach dem Datum ihrer Aufnahme in die Klinik geordnet, kurz wiedergegeben werden:

Fall 1.

Reinhard L., 70 Jahre, Ackersmann aus Harmuthsachsen. Aufgen. 16. XII. 1895. Vor 40 Jahren entstand auf der Wange neben dem rechten Nasenflügel ein linsengrosses schwarzes Fleckchen, das langsam wuchs und geschwürig wurde. Vielfach behandelt; oft geätzt. Vor 12 Jahren in Marburg operiert. Seit $^1/_2$ Jahre ist der untere Teil der Nase zerstört.

Der ganze äussere Teil der knorpligen Nase fehlt. Grosse mässig eiternde, unebene Geschwürsfläche von rötlich-grauer Farbe. Nasenlöcher mit geschwürig zerfallenen Geschwulstmassen ausgefüllt. Oberlippe grösstenteils zerstört. Das Geschwür erstreckt sich auf beide Wangen, besonders weit auf die rechte. Gaumenschleimhaut intakt. Lupusknötchen fehlen.

18. XII. Excision der Geschwürsfläche. Ausräumung der Geschwulstmassen, die beide Nasenhöhlen und die rechte Highmorshöhle ausfüllen. Harter Gaumen und knöcherne Nasenscheidewand grösstenteils entfernt. Auf den Wangen im Gesunden excidiert. Nasenhöhle und Highmorshöhle mit Jodoformgaze austamponiert.

10. II. 1896. Nachdem der Defekt sich durch Granulationen verkleinert, wird Patient mit Gaumenprothese und künstlicher Nase entlassen.

April 1904. Patient lebt mit Lokalrecidiv an der rechten Wange. Rechtes Auge ergriffen. Patient ist sehr schwach und elend.

Fall 2.

Conrad Sch., 63 Jahre, Fuhrmann aus Dingen b. Alfeld. Aufgen. I. 96. Januar 96. Exstirpation eines Carcinoms der Nasenhöhle und ıes Hautcarcinoms der rechten Wange.

6. V. 96. Wiederaufnahme. An der rechten Nasenseite über ıbeneigrosser, rotbrauner, stark vorspringender Tumor mit fünfpfennig-ickgrosser ulcerierter Stelle. — Exstirpation.

23. V. Auf 4 Wochen mit Defekt entlassen.

8. VI. Wiederaufnahme. Kein Recidiv. Plastik mittels Stirnlappen.

16. VI. Geheilt entlassen.

April 1904. Recidiv an der Nase. Patient starb im Januar 1897.

Fall 3.

Heinrich G., 78 Jahre, Schneider aus Schenklengsfeld b. Herzfeld. ıfgen. 9. II. 96. Seit über 20 Jahren Geschwür auf dem Nasenrücken. ·itweilig geheilt, stets wieder aufgebrochen. Salbenbehandlung.

Auf dem Nasenrücken flaches, eiterndes Geschwür mit leicht er-ıbenen, harten Rändern. Ausdehnung: oben bis zur Nasenwurzel, links s zum Augenwinkel, unten fast bis an die Ränder der Nasenflügel. ısenschleimhaut frei.

Excision. Teilweise Entfernung der Nasenbeine. Plastik mittels ·stielten Stirnlappens.

1. V. Entlassung.

5. I. 03. Patient an Altersschwäche gestorben. Ein Recidiv ist cht aufgetreten.

Fall 4.

Heinrich B., 39 Jahre, Arbeiter aus Sutdorf b. Neukirchen. Aufgen.). III. 96. Vor 2 Jahren entstand ein rötlicher Fleck auf dem rechten asenflügel, der zum Bluten neigte, wuchs und sich bis zum inneren ugenwinkel ausbreitete. Hier entstand vor 3 Monaten ein tiefes Ge-·hwür. Infektion wird verneint.

Tiefer Defect im Winkel zwischen Auge und Nasenwurzel. Innerer idwinkel zerstört. Das Geschwür reicht fast bis zur Mitte des Lides. ach unten bis $1^1/_2$ cm oberhalb des freien Randes des Nasenflügels,

Hier ist das Geschwür oberflächlich durch Narben und mit Epithel bedeckte Stellen unterbrochen. Ränder ganz leicht erhaben und hart. Fläche mit Granulationen bedeckt. Zweifelhaft, ob Carcinom oder Lues, da antiluetische Kur erfolglos.

24. III. Operation. Umschneidung des Geschwürs. Die seitliche Nasenfläche bleibt (als ekcematös angesehen). Vom unteren Augenlid das mediale Drittel, vom oberen weniger entfernt. Ulcerationen in der Lidwangenfalte ausgekratzt. Plastik mittels gestielten Lappens aus der Stirn.

4. IV. Geheilt entlassen. Mikroskopischer Befund: Kleinzelliges Carcinom.

19. X. Wiederaufnahme. Geschwüre gewachsen. Das rechte Auge eitert in letzter Zeit viel. Lappen an den Rändern geschwürig verändert. An der Nasenspitze markstückgrosses flaches Ulcus. Lappen z. T. carcinomatös durchsetzt. Unteres Augenlid stark ektropioniert. Conjunctiva palpebrarum et bulbi entzündet. Augenbewegungen sehr beeinträchtigt.

20. X. Operation. Exstirpation grosser bis weit in die Tiefe reichender Tumorenmassen. In Markstück-Ausdehnung pulsierendes Gehirn blosgelegt. Rechtes Auge enucleiert. Plastik durch gestielten Lappen von der Stirn. Auf den Stirndefekt und die Orbita Transplantation nach Thiersch.

Geheilt entlassen.

7. XI. 00. Tod infolge von ausgedehntem Lokalrecidiv.

Fall 5.

Franz K., 75 Jahre, Landmann aus Büttstedt b. Küllstedt. Aufgen. 18. V. 96. Seit 30 Jahren langsam wachsendes Geschwür an der Nase. Wiederholt gebrannt und ausgekratzt.

Ein grosses Geschwür nimmt beide Nasenflügel ein und greift auf Wangen und Oberlippe über. Am stärksten ist die linke Wange ergriffen.

22. V. Operation. Umschneidung. Da der Oberkiefer ergriffen ist, wird die Vorderwand der Kieferhöhle fortgenommen. Kieferhöhle frei. Der Defekt wird durch einen gestielten Lappen aus der Stirn gedeckt. Auf den Stirndefekt Hauttransplantation vom Oberschenkel nach Thiersch. Glatte Heilung des Lappens und der Transplantationen.

Entlassung 30. V. Mikroskopischer Befund: Carcinom mit grossen
›olen, ausgefüllt mit kleinen Zellen. Im Zentrum der Alveolen viel-
Nekrosen.

31. X. 03. Patient gestorben. Im 2. Jahre nach Entfernung des
ären Krebses trat ein Recidiv auf.

Fall 6.

Wilhelm K., 65 Jahre, Tagelöhner aus Werl b. Schöttmar. Aufgen.
VI. 96. Am 7. VII. 1891 in hiesiger Klinik Exstirpation eines
ıs rodens an der Nasenwurzel links. Dasselbe war 4 Jahre vorher
kleines Knötchen entstanden. — Seit 1 Jahr Auftreten kleiner lang-
wachsender Geschwüre an den Rändern des Defektlappens.

An 3 Stellen kleine flache Ulcera. Ränder zackig, speckig aus-
nd. Zwei auf dem Nasenrücken, einer im inneren Augenwinkel, sich
die Conjunctiva palpebrae fortsetzend. Beiderseits unverschiebliche
erkieferdrüsen.

20. VI. Excision der Ulcera. Naht. Exstirpation der Drüsen.

26. VI. Geheilt entlassen.

21. VII. 02. Patient an Krebs (wahrscheinlich Recidiv) gestorben.

Fall 7.

Rosine J., 77 Jahre, Waldarbeitersfrau aus Schatzfeld a. H. Aufgen.
VII. 96. Vor einigen Jahren Schorf hinter dem linken Ohr. Seit
ahre fingerdicker Wulst daselbst. Mehrfach geätzt. Das Knötchen
dem Nasenrücken hat Patientin nicht bemerkt. — Wegen chronischen
ems behandelt.

Hinter der linken Ohrmuschel knollige, weiche, blaurote, wenig
chiebliche, z. T. geschwürig zerfallene, blutende Geschwulst. Blau-
, flachknollige Verdickung der Haut auf dem Nasenrücken.

Exstirpation der Geschwülste.

Mikroskopischer Befund: Nasen- und Ohrgeschwulst. Hautcarcinom
Epithelperlen.

18. VIII. Geheilt entlassen.

10. XI. Wiederaufnahme. Seit 6 Wochen erbsengrosses
idivknötchen in der Operationsnarbe auf dem Nasenrücken.

11. XI. Excision. Deckung des Defekts nach Thiersch.

23. XI. Geheilt entlassen.

22. V. 97. Wiederaufnahme wegen ausgedehnten Recidivs hinter dem linken Ohr.

Exstirpation. Entlassung.

1. VII. 99. An Altersschwäche gestorben. Ein Recidiv an der Nase ist nicht aufgetreten.

Fall 8.

Elisabeth K., 62 Jahre, Landmannsfrau aus Bernterode. Aufgen. 14. VIII. 96. Seit 7 Jahren schwarze Warze an der rechten Wange. Seit 4 Monaten Entwicklung der Geschwülste auf dem Nasenrücken und an der Stirn. An der Stirn pflaumenkerngrosse spitze, stark verhornte Geschwulst, verschieblich, nicht geschwürig. Auf dem Nasenrücken fast markstückgrosse, flach wollartige, auf der Oberfläche zerfallene, nicht verschiebliche, blaurote Geschwulst. Vor dem rechten Ohrläppchen schwarze, ca. mandelkerngrosse, höckrige, warzenartige, verschiebliche Geschwulst. Dicht über beiden Augenbrauen geringe Borken über reichlich linsengrossen Hautabschürfungen ohne Infiltrationen der Haut.

Excision aller Geschwüllste. Auf den Nasendefekt Transplantation nach Thiersch.

23. VIII. Geheilt entlassen.

Mikroskopischer Befund: Nasen- und Stirntumoren-Carcinome von verschiedenem Bau. Wangentumor gewöhnliche pigmentierte Warze.

Fall 9.

Anna S., 69 Jahre, Tagelöhnersfrau aus Krauthausen b. Sontra. Aufgen. 23. XI. 96. Beginn vor 5 Jahren mit kleinem Knoten an der linken Nasenseite. Vor $^1/_2$ Jahr war der Knoten taubeneigross. Oft geätzt.

Auf der Nase befindet sich links ein fast hühnereigrosser, stark zerklüfteter, ziemlich weicher Tumor. Dunkelrot, auf der Oberfläche geschwürig zerfallen, grüneitrig, übelriechend. Linker Nasenflügel zerstört, linkes Nasenloch fast ganz verstopft. Drüsenschwellungen fehlen.

Wegen schlechten Allgemeinbefindens keine Exstirpation. ie Narkose wird die Geschwulst mit messerförmigem Paquelin niederrannt und abgetragen.

1. XII. Mit Borsalbenverband auf dem Carcinom ungeheilt lassen.

Im Februar 1897 läuft die Nachricht ein, die Frau sei gerben.

Fall 10.

Heinrich S., 46 Jahre, Landmann aus Wathlingen b. Celle. gen. 5. I. 97. Seit 8 Jahren besteht auf der Nase links ein Gewür, welches 5 mal, zuletzt im Frühjahr 1896, operiert worden ist schnitten und ausgebrannt). Dasselbe ist immer wiedergekommen. h der letzten Operation haben sich 3 Geschwüre gebildet.

Auf der Nasenspitze und links davon 3 kleine dünnüberhäutete, wenig erhabenen Rändern umgebene Flecken; dazwischen dünne, ige Haut.

Operation: Excision der ganzen Hautpartie. Auf den Defect nsplantation nach Thiersch.

Mikroskopischer Befund: Typisches ulcus rodens. Auf den Quernitten zeigt sich, dass in der Tiefe im Gesunden operiert ist, und rechten Rande Krebsstränge sich unter der normalen Cubis seitlich er erstrecken.

20. I. Heilung per primam. Entlassung.

26. I. 98. Patient kommt wieder mit der Angabe, es sei vor 8 hen auf der Nasenspitze wieder ein Geschwür aufgetreten, welches ell wuchs. Angeblich vor 10 Tagen von einem Arzt geschnitten gebeizt. Der danach entstandene Schorf fiel vor 5 Tagen ab. Das hwür darunter war von derselben Grösse und bedeckte sich von m mit Schorf.

Auf der Nasenspitze, nach dem rechten Nasenflügel herunterend, bohnengrosser Schorf, unter dem am Rande eine geschwürige dfläche sichtbar ist.

28. I. Excision der geschwürigen Partie. Wegen starker Blutung am folgenden Tage Transplantation nach Thiersch vom Oberarm.

5. II. Die Transplantationen sind bis auf den Rand, der noch s lose ist, angeheilt.

8. II. Status idem. Patient gebessert entlassen.

April 1904. Patient lebt mit Lokalrecidiv. Er hat zweimal ipel gehabt.

Fall 11.

Friedrich U., 52 Jahre, Landwirt aus Alverdissen i. L. Aufge
6. I. 97. Seit $5^1/_2$ Wochen Geschwür am rechten inneren Augenwink
nach der Nase zu fortgeschritten.

Rechts am inneren Augenwinkel beginnend und sich bis auf d
Nasenwurzel erstreckend markstückgrosse geschwürige Fläche. Ra
leicht gewulstet, derb. Grund frischrot. Keine Drüsenschwellungen.

8. I. Exstirpation des Geschwürs, das sich eine Strecke weit
die Orbita fortsetzt. Innerer Augenwinkel keilförmig excidiert. Nase
beinoberfläche abgemeisselt. Plastik mittels gestielten Stirnlappens.

Mikroskopischer Befund: Ulcus rodens.

19. I. Entlassung.

6. XII. 97. Patient hat vor 5 Wochen unter dem rechten Auge
kleines Knötchen bemerkt. Unter dem rechten Auge in der Narbe
erbsengrosses hartes Knötchen. Im Kieferwinkel beiderseits je eine
wegliche Lymphdrüse fühlbar.

7. XII. Drüsen und Knötchen exstirpiert. Deckung des Defe
unter dem Auge durch Transplantation nach Thiersch.

14. XII. 97. Entlassung.

April 1904. Patient lebt ohne Recidiv, ist magenleidend.

Fall 12.

August H., 71 Jahre, Gerber aus Blomberg i. L. Aufgen. 4. II.
Auf der linken Nasenseite seit 10 Jahren eine kleine Warze, die ma
mal entfernt worden, doch stets wieder gewachsen ist.

An der linken Nasenseite vor und unterhalb des inneren Au
winkels kleine warzige Prominenz von schwärzlicher Farbe. In
Umgebung flache Verdickung der Haut von etwas derberer Konsist
Ausdehnung 1 bis $1^1/_2$ cm.

Excision der Warze und der umgebenden Hautpartie. Naht.

12. III. 97. Geheilt entlassen.

April 1904. Patient lebt ohne Recidiv.

Fall 13.

Wilhelm L., 36 Jahre, Arbeiter aus Osterwald b. Elze. Au
13. IV. 97. Seit $^3/_4$ Jahren Geschwür auf der linken Wange nahe
Nase. Ausgebrannt, jedoch bald wieder entstanden und gewachsen

Links in der Furche zwischen Nase und Wange, auf die Nasen-
ch erstreckend, nahe dem Auge ein zehnpfennigstückgrosses Ge-
; z. T. vernarbt, z. T. mit Schorfen und Borken bedeckt. Ränder
gerötet, erhaben.

4. IV. Excision weit im Gesunden. Transplantation nach Thiersch.

22. IV. 97. Entlassung.

April 1904. Patient lebt recidivfrei.

Fall 14.

ohannes Sch., 57½ Jahre, Ackersmann aus Wolferode b. Eschwege.
. 21. IV. 97. Vor 4 Monaten entstand ein kleines Knötchen an
se, welches wuchs und vor 6 Wochen geschwürig wurde.

Auf der rechten Seite der Nasenspitze gut zehnpfennigstückgrosser
, in der Mitte etwas vertiefter Tumor, der nach links bis zur
nie, nach unten nicht ganz bis an den freien Rand des Nasen-
reicht. Dieser ist etwas nach oben verzogen. An seinem freien
befindet sich eine nicht mit dem Tumor zusammenhängende Stelle,
e eine ganz oberflächliche Excoriation aussieht. Der Tumor setzt
harf gegen die Umgebung ab, der Rand steigt ziemlich steil an
ine Oberfläche ist geschwürig, blutet leicht. Nasenschleimhaut
Tuberkulöse Lymphdrüsen am Halse.

22. IV. Operation. Exstirpation der Drüsen. Der Tumor wird
von seinem Rande im Gesunden umschnitten und exstirpiert.
lügelknorpel entfernt. Nasenschleimhaut geschont. Entfernung
wähnten Stelle am freien Rande des Nasenflügels. — Deckung
fects durch gestielten Hautlappen von der Wange. Wangen-
durch Nähte geschlossen.

. V. 97. Heilung per primam. Entlassung.

April 1904. Patient leidet seit ½ Jahr an Schlingbeschwerden
Schmerzen in der Herzgrube und links davon; wahrscheinlich
m des Oesophagus und der Cardia (vielleicht Metastase). Ein
des Nasenkrebses ist nicht aufgetreten.

Fall 15.

Christian L., 73 Jahre, Ackersmann aus Verlichhausen. Aufgen.
. 97. Seit ¼ Jahr Geschwulst an der linken Ohrmuschel. Seit
r Schorf an der linken Nasenseite in der Nähe des Augenwinkels.

Am linken Ohr grosse oberflächlich ulcerierte Geschwulst. Nasenanhub in der Nähe des linken Auges kleines Geschwür mit ha Rändern und mit Schorf bedeckt. Drüsenschwellungen nicht fühlba

28. VII. Exstirpation. Schliessung des Defects an der durch Naht.

4. VIII. Entlassung.

(1. X. Recidiv am Ohr.)

28. I. 98. Patient an Recidiv (wahrscheinlich von dem Carci am Ohr ausgehend) gestorben.

Fall 16.

Heinrich Sch., 38 Jahre, Weber aus Altengottern b. Langens Aufgen. 3. II. 98. 1883 hatte Patient an der linken Nasenseite Mitesser, den er mit den Fingernägeln herausdrückte. Der Defect nicht zuheilen, obgleich mancherlei Mittel angewandt wurden, so wuchs immer mehr.

Unter beiden Kieferwinkeln je eine derbe, bohnengrosse, versc liche Drüse. An der linken Nasenseite fast bis zur Medianlinie reic oben bis zum Augenwinkel, nach unten bis zum Nasenflügel sic streckend, seitlich noch etwas auf die Wange übergreifend, ein einer Borke bedeckte Geschwürsfläche mit derben, leicht wallartig geworfenen Rändern, absolut schmerzlos.

4. II. Excision der erkrankten Haut mit einem zirkulären St gesunder Haut. Ein Stück des Nasenflügels fällt mit fort. P mittels gestielten Lappens aus der Stirn. — Exstirpation der b Unterkieferdrüsen.

Mikroskopischer Befund: Neubildung: Carcinom. Drüsen entzündlich geschwollen, n i c h t carcinomatös.

16. II. 98. Geheilt entlassen.

April 1904. Patient lebt mit Recidiv an linker Nasenseite.

Fall 17.

Auguste F., $61^1/_2$ Jahr, Schneiderin aus Eschenhausen b. Wick Aufgen. 3. V. 98. Patientin will früher an Flechten gelitten habe Beschreibung nach Psoriasis. — Angeblich ganz plötzliches Au

sengrossen Geschwürs infolge einer „kalten Nase". Vorher war
n kleines Knötchen vorhanden. Patientin gebrauchte ver-
Salben. — Vor 14 Tagen zeigte sich ein Knoten in der
Wange. Seit 8 Tagen Schwellung am Halse.

rechten Nasenflügel ein fünfpfennigstückgrosse, beträchtlich
umgebende, etwas gerötete Haut erhabene Geschwulst, teils
en bedeckt, teils geschwürig. Nach innen erstreckt sich die
st nicht. Konsistenz mässig derb. An der rechten Wange
grosser, derber, verschieblicher Knoten. Rechts mehrere ge-
ne, derbe Unterkieferdrüsen.

V. Exstirpation. Der ganze Nasenflügel fällt fort. Ein bis
Knorpel reichender gestielter Lappen von der anderen Nasen-
den Defect eingenäht. Auf die linke Nasenseite Transplantation
ersch. Exstirpation des Knotens an der Wange.

kroskopischer Befund: Plattenepitheliom. — Exstirpation der
üsen.

V. Geheilt entlassen.

VII. Wiederaufnahme. Ausgedehntes Recidiv. Die Ge-
reicht medial bis zum Nasenrücken, lateral bis über die
lfalte hinaus. Nach unten bis zur Mitte der Oberlippe, nach
zur Höhe des unteren Augenlides. Konsistenz sehr derb.

VII. Exstirpation weit im Gesunden.

VII. Nachdem die anfänglich starke Eiterung aufgehört,
des Defects mit gestieltem Lappen aus der Stirn.

VIII. Geheilt entlassen.

V. 1900. Patientin gestorben. Als Todesursache Herzleiden
us (wahrscheinlich Carcinomrecidiv) angegeben.

Fall 18.

oline B., 84 Jahre, Rentnerin aus Lauthenthal a. H. Aufgen.
Vor 10 Jahren mehrere Knötchen an der Stirn. Vor 8
peration. Patientin will sich später oft an der Stirn gekratzt
Seit Jahren wunde Stellen an der Stirn. Über die Geschwüre
ase weiss Patientin nichts anzugeben.

der Stirn über dem linken Auge talergrosse, die umgebende
mehrere mm überragende, festweiche, auf dem Stirnbein nicht
iche Geschwulst mit roter unebener Oberfläche; wenig Ab-

sonderung. Rechts an der Stirn ein zweimarkstückgrosses, wenig in d
Tiefe gehendes Geschwür; Rand nicht wallartig verdickt; Haut ve
schieblich. An der Stirn rechts, mehr nach aussen, Haut in Markstüc
grösse braunrot verfärbt, narbig, nicht verwachsen. An der Nase lin
mehrere bis bohnengrosse verschorfte oberflächliche Geschwüre.

10. IX. Probeexcision. Befund: Carcinom.

13. IX. Excision des Tumors und der Ulcera. Transplantati
nach Thiersch.

24. I. 99. Patientin gestorben. Suicidium.

Fall 19.

Louis T., 71 Jahre, Maurer aus Obermarschberg i. Westf. Aufg
20. VII. 99. Von Kind auf Warze am linken Nasenflügel in der Geg
des Überganges auf die Wange. Die Warze blutete vor 3 bis 4 Jah
oft und verschorfte.

Seit 2 Jahren langsames Wachstum und Schmerzhaftigkeit. S
3 Wochen besteht an Stelle der Warze ein kleines nässendes Geschw
das sich in der letzten Zeit stark vergrössert hat. Am linken Nas
flügel und der Wange gut $1^1/_2$ cm langes und $^1/_2$ cm breites Ul
mit erhabenen, wulstigen derben Rändern. Linkes Nasenloch zur Hä
eingeengt. Keine Drüsenschwellungen.

Excision. Plastik durch gestielten Hautlappen von der rech
Nasenhälfte.

6. VIII. 99. Heilung bis auf zwei kleine Stellen. Entlassung

Patient starb im Frühjahr 1902 an Gesichtserysipel. Ein Rec
war nicht aufgetreten.

Fall 20.

Fritz A., 66 Jahre, Fabrikarbeiter aus Holtensen. Aufgen. 27. VIII
Seit 12 Jahren kleines Geschwür am linken Augenwinkel, das im L
der Jahre wiederholt gebrannt und vor 5 Jahren excidiert wurde.
2 Jahren kam das Geschwür dann wieder, das nun langsam, aber s
weiterwuchs.

An der Nasenwurzel, von der Mittellinie bis zum linken Au
winkel reichend, sitzt ein über zehnpfennigstückgrosses flaches, mit

verschiebliches Ulcus, das einen wallartigen Rand hat und ganz
g bedeckt ist. An beiden Kieferwinkeln einige kleine Drüsen.

Excision. Plastik mittels gestielten Lappens aus der Stirn.

Heilung gut. 15. IX. 00. Entlassung.

April 1904. Patient lebt und ist recidivfrei.

Fall 21.

Auguste M., 59 Jahre, Bergmannsfrau aus Andreasberg. Aufgen.
00. Seit 2 Jahren kleines Geschwür an der Nase, welches sich
wenig vergrössert hat. Vom Arzt gepinselt.

Am rechten Nasenflügel erbsengrosses, flaches Geschwür mit leicht
rierten Rändern.

2. X. Excision des Geschwürs weit im Gesunden. Naht.

8. X. Geheilt entlassen.

25. IX. 01. Wiederaufnahme. Carcinoma mammae. An der Nase
Recidiv.

28. X. 02. Gestorben. Angeblich an Influenza.

Fall 22.

Elisabeth G., 51 Jahre, Arbeitersfrau aus Dedinghausen b. Lipp-
. Aufgen. 4. II. 01. Vor 10 bis 12 Jahren zum ersten Male wegen
ganz kleinen, sehr langsam wachsenden Geschwürs an der Nase
annt. Vor 3 bis 4 Jahren zum letzten Male. Seitdem Salben-
ndlung. Bis auf zeitweiliges Stechen und Brennen keine Schmerzen.

An der linken Seite der Nase, an der äusseren Ecke des Nasen-
s beginnend, ein pfennigstückgrosses, teils auf der Nase, teils auf
Wange sitzendes, scharfrandiges, unregelmässiges Geschwür, das un-
chieblich auf dem Knochen festsitzt. Geschwürsränder nicht infil-
. Nasenloch vergrössert und nach oben gezogen. Linker Nasen-
l zum Teil defect. Links und rechts kleine harte Unterkiefer-
en, eine in der Mittellinie.

Umschneidung im Gesunden und Abheben des Geschwürs vom
chen. Plastik mittels gestielten Lappens von der Stirn.

Exstirpation der Lymphdrüsen.

6. III. Geheilt entlassen.

April 1904. Patientin lebt mit Recidiv an der alten Stelle. Ohne ärztliche Behandlung.

Fall 23.

Ferdinand V., 64 Jahre, Hülfswärter aus Klein-Freden b. Kreiensen. Aufgen. 21. III. 01. Seit einem Jahre kleines Geschwür an der Nase, nicht deutlich gewachsen. Seit einigen Monaten Geschwulst an der linken Halsseite.

Am linken Nasenflügel, nahe dem freien Rande, ganz flaches, borkig belegtes Ulcus mit harten Rändern. Unter dem linken Kieferwinkel taubeneigrosse harte, wenig verschiebliche Drüsengeschwulst.

Exstirpation der Drüsengeschwulst (schwierig, da Verwachsungen mit den grossen Halsgefässen).

Exstirpation des Nasengeschwürs. Deckung des Defects nach Thiersch.

4. IV. Geheilt entlassen.

4. X. Wiederaufnahme. Seit 4 Wochen Knoten an der linken Halsseite, in der Mitte des Sternocleido mit dem Muskel fest verwachsen, fast hühnereigross, sehr hart. Zwei harte Unterkieferdrüsen.

Excision der Geschwulst und der Drüsen.

7. I. 02. Wiederaufnahme. In der Narbe am Sternocleido nussgrosser, dicht unter der Haut liegender, mit dieser z. T. verwachsener verschieblicher, sehr fester Geschwulstknoten.

Radikale Exstirpation gelingt nicht, da der Tumor mit der Carotis communis verwachsen. Tumor so weit als möglich abgetragen Sternocleido exstirpiert.

16. I. 02. Entlassung.

Patient starb am 10. X. 02 infolge des Carcinoms.

Fall 24.

Ernst B., 59 Jahre, Landwirt aus Wülbig (Eichsfeld). Aufgen. 7. VI. 01. Sommer 1898 kleines Knötchen links neben dem Nasenrücken bemerkt. Salbe. März 1899 Incision. Begann vor $^1/_2$ Jahr zu wachsen, wurde unter Salbenbehandlung wund.

Am lateralen Ende der linken Augenbraue seit Jahren wunde le. Links neben dem Nasenrücken fest mit dem Nasenbein ver-ıhsene knorpelharte Geschwulst. Haut darüber unverändert bis auf ɪn ca. 1,5 cm langen, dem Nasenrücken parallelen Schorfstreifen ɔisionsnarbe). Geschwulst reicht bis an den unteren Vertikalrand. t durch den Nasengang frei. Keine Drüsenschwellungen. Am ralen Ende der linken Augenbraue linsengrosser Schorf.

6. X. Exstirpation der Geschwulst mitsamt dem Nasenbein. stik mittels gestielten Lappens aus der Stirn. Auf den Stirndefect nsplantation nach Thiersch.

24. VI. Heilung gut. Mit Schutzverband entlassen.

23. I. 02. Wiederaufnahme. Zwischen Nasenwurzel und linkem genwinkel haselnussgrosser fester Recidivknoten, angeblich seit 4 chen bestehend. Auf der Stirn am linken Rande des transplantierten ppens eine 2 cm lange knorpelharte, wallartige, auf dem Knochen ıt verschiebliche Anschwellung (Impfcarcinom?).

24. I. Umschneidung der Geschwulst an der Nasenwurzel. Die-be erstreckt sich bis in die Stirnhöhle und in die Tiefe beider Nasen-ılen. Entfernung der Geschwulstmassen, soweit erreichbar. Plastik ch gestielten Lappen aus der rechten Stirnseite.

31. I. 02. Fast völlige Heilung. Entlassung.

April 1904. Patient lebt frei von Recidiv.

Fall 25.

Luise M., 66 Jahre, aus Döhren. Aufgen. 17. VI. 01. Seit 2 Jahren ɪus rodens palpebrae superioris dextrae. Dieses vor kurzem in hiesiger genklinik excidiert.

Seit 1 Jahr kleine Geschwürsfläche am rechten Nasenflügel, die nählig wuchs und jetzt pfennigstückgross ist.

18. VI. Excision. Plastik mittels gestielten Lappens von der leren Nasenhälfte.

4. VII. Geheilt entlassen. Weiterer Verlauf nicht zu ermitteln.

Fall 26.

Heinrich W., 61 Jahre, Kaufmann aus Minden i. W. Aufgen. . VII. 01. Seit 29 Jahren besteht das jetzige Leiden. Beginn mit ɪiner Verdickung im Nasen-Wangenwinkel; bald Ulceration. Das Ge-

schwür wurde zweimal von Ärzten ausgekratzt, blieb dann 4 bis 5 Jahre aus, kam aber wieder und verbreitete sich im letzten halben Jahr stärker. Patient ist auch mit Salbe und Medizin behandelt worden.

Links seitlich an der Nase, etwas oberhalb des Nasenflügels befindet sich in Ausdehnung eines Fünfpfennigstücks ein ganz flaches, rissiges Ulcus rodens, in dessen Peripherie kleinste Hautknötchen liegen. Am Kieferwinkel beiderseits je eine bohnengrosse Lymphdrüse.

2. VIII. Das Ulcus rodens wird mitsamt der Nasenschleimhaut exstirpiert. Plastik mittels gestielten Lappens von der anderen Nasenhälfte. Exstirpation der Drüsen.

17. VIII. 01. Geheilt entlassen.

April 1904. Patient ist recidivfrei und gesund.

Fall 27.

Carl F., 62 Jahre, Stationsvorsteher aus Freden. Aufgen. 5. VIII. 01. Mutter angeblich an Kopfkrebs — entstanden nach einer Kratzwunde durch ein Huhn —, Vater an einem Leberleiden gestorben.

Seit $1^1/_2$ Jahren Geschwür am linken Ohre. Seit 1 Jahr Geschwür an der Nase, zuerst ganz klein, vergrösserte sich nach der Nasenspitze hin, wurde bis auf einen kleinen Herd, welcher vor 2 Wochen nach dem Nasen-Wangenwinkel hin fortschritt, durch Salbenbehandlung geheilt. Patient vermutet, dass das Nasengeschwür durch Kratzen vom Ohr aus übertragen ist.

Am Helm des rechten Ohrs in der Mitte mit Schorf bedeckte Infiltration. Am rechten Nasenflügel nahe der Nasenspitze pfennigstückgrosse harte Ulceration, die nach der Nasenspitze hin sich in einen anscheinend abgeheilten schmalen Streifen fortsetzt.

6. VIII. Excision des Nasengeschwürs im Gesunden. Auf den Defect Transplantation vom Oberschenkel.

Geheilt entlassen.

3. XI. 03. Patient an Lebercarcinom gestorben.

Fall 28.

Friederike M., 61 Jahre, Hüttenmannswitwe aus Lerbach b. Osterode. Aufgen. 19. XI. 01. Vor 4 Jahren Auftreten eines kleinen derben Knotens am linken Nasenflügel. Wurde später geschwürig.

Linker Nasenflügel ganz verschwunden. Ränder des Defects ge-
rulstet und mit Schorf bedeckt, welcher tief in die Nasenhöhle hinein-
eicht. Rechter Nasenflügel ebenfalls bis auf einen schmalen Saum
erstört. Das Septum fällt dicht vor der Spitze des Nasenbeins als
lcerierte Leiste ab. Rand des Geschwürs nach der Nasenwurzel zu
usserst wulstig und unregelmässig gezackt, etwas gerötet. Die Ulce-
ationen erstrecken sich auf die Nasenschleimhaut beiderseits, doch ist
ie Grenze von aussen sichtbar. Keine Drüsenschwellungen.

20. XI. Umschneidung des Geschwürs. Entfernung sämtlichen
arcinomatösen Gewebes mit Scheere und Knochenzange.

30. XI. Wundfläche granuliert gut.

30. I. 02. Da kein Recidiv, mit künstlicher Nase aus Papier-
naché entlassen.

April 1904. Patientin lebt mit Recidiv an der linken Wange.
)hne ärztliche Behandlung.

Fall 29.

Georg P., 44 Jahre, Landwirt aus Bockern i. O. Aufgen. 19. VI. 02.
Vor 10 Jahren bemerkte Patient an der linken Nasenseite einen kleinen
Schorf, den er ab und zu abkratzte. Seit 4 Jahren ist derselbe all-
mählig gewachsen. Dann wurde er mit Salbe behandelt, worauf Heilung
erfolgte. Vor einem Jahre kam die Geschwulst wieder und vergrösserte
sich. Seit vorigen Herbst bekommt Patient schlecht Luft durch die
linke Nase.

Linke Nasenseite eingenommen von einer dicht unter dem linken
Auge beginnenden, dem Knochen fest aufsitzenden, bis zum Nasenflügel
reichenden Geschwulst, die die Nasenspitze nach links verzogen hat.
In der Mitte ist sie geschwürig zerfallen, an ihrer Oberfläche von
dünner, narbiger Haut bedeckt. Sie sitzt flächenhaft und sehr fest dem
Oberkiefer und dem Nasenbein auf. Ränder hart. Linke Nase nicht
gut luftdurchgängig. In der Submaxillargegend beiderseits geringe
Drüsenschwellung.

20. VI. Umschneidung im Gesunden. Exstirpation. Der Tumor
geht auf den Knochen über; dieser wird fortgenommen. Highmorshöhle
freigelegt und dort die Tumormassen entfernt. Plastik durch gestielten
Lappen von der Stirn.

22. VII. Geheilt entlassen.

22. VIII. Patient kommt wieder, um eine Verdickung an der Lappenumschlagstelle entfernen zu lassen. Er klagt über Schmerzen im linken Nasenloch und fühlt eine Verdickung unter dem Lappen; eine solche ist nicht zu palpieren.

23. VIII. Schnitt unterhalb des Höckers. In der Tiefe markige, geschwulstartige Masse. Verlängerung des Schnittes nach unten entlang dem Nasenseptum. Excision alles Verdächtigen. Abkneifen des Knochens. Unter dem Lappen keine Geschwulst. Naht.

30. VIII. Geheilt entlassen.

5. XI. Wiederaufnahme. Am Rande des transplantierten Lappens kleine geschwürige, harte tumorartige Stellen.

6. XI. Excision. Naht. Entlassung.

14. I. 03. Wiederaufnahme. In der Narbe am unteren Rande des gestielten Lappens sehr festes, mit dem Knochen verwachsenes Recidiv. Linkes Nasenloch wenig luftdurchgängig. In der linken Submaxillargegend fester Drüsentumor.

16. I. Excision der Tumormassen und Entfernung des ergriffenen Knochens. Plastik mittels gestielten Stirnlappens. Exstirpation der Lymphdrüse.

2. II. Entlassung.

24. IV. 03. Wiederaufnahme. Harte unverschiebliche Submaxillardrüsen. An den alten Narben an 4 Stellen tumorartige Verhärtungen, die bis in die Orbita hineinreichen. Am Oberkiefer grössere, dem Knochen fest aufsitzende Tumormassen. Linkes Nasenloch noch eben luftdurchgängig.

25. IV. Exstirpation der Tumormassen mit Enucleation des Bulbus. Plastik mit gestieltem Lappen von der Wange. Exstirpation der Drüsen.

9. V. Entlassung.

9. IX. Am linken Nasenflügel ein geschwürig zerfallenes flächenhaftes Recidiv. In der Gegend des unteren Augenlides ebenfalls ein lokales Recidiv.

10. IX. Excision der Neubildungen in der alten Narbe und weiter oberhalb, wobei die Highmorshöhle eröffnet wird. Die linke Nasenhälfte ist ganz fortgefallen. Wunden z. T. vernäht, im übrigen mit Jodoformgaze tamponiert.

19. IX. Hohes Fieber. Gesichtserysipel.

29. IX. Erysipel abgeheilt. Entlassung. Patient soll in einigen Wochen wiederkommen.

22. I. 04. Wiederaufnahme. Überall an den alten Stellen Recidive.

23. I. Die Tumormassen werden z. T. excidiert und ausgeschabt, aber eine radikale Entfernung erscheint unmöglich.

11. II. Patient wurde in letzter Zeit mit Röntgenbestrahlung behandelt, ohne dass man davon vorläufig einen Erfolg gesehen hat. Entlassung.

Fall 30.

Lina B., 73 Jahre, Beamtenfrau aus Seesen a. H. Aufgen. 2. IX. 03. Seit 13 Jahren allmähliche Entwicklung einer Geschwulst aus linsenförmigem Knoten. Vor 9 Jahren Operation.

Im linken inneren Augenwinkel derb-höckrige, oberflächlich zerklüftete Geschwulst, die dort fingerbreit die Mitte der Nase überragt und nach links über die Mitte der Augenlider hinausgeht. Die Augenlider können nicht geöffnet werden. Sehvermögen auf dem linken Auge völlig erloschen. Die Geschwulst blutet wenig und ist mit eitrigen Borken bedeckt.

Umschneidung des Tumors; derselbe ist mit dem Bulbus verwachsen. Enucleatio bulbi und Ausräumung der ganzen Orbitalhöhle. Mediale Wand der Orbita zerstört. Tamponade der Wundfläche. Deckverband.

9. X. Nachdem die Wundfläche sich mit Granulationen bedeckt hat, wird der Defect durch einen Lappen aus der Stirn gedeckt.

18. X. 03. Heilung gut. Patientin klagt über Magenschmerzen, Temperatur am 17. 38,5, am 18. normal. Auf Wunsch entlassen.

Patientin ist am 22. X. 03 nach einer Magenblutung gestorben.

Fall 31.

Rosa H., 64 Jahre, Webersfrau aus Hüpstedt. Aufgen. 5. X. 03. Seit einem Jahr warzenartiges Geschwür. 6 mal vom Arzt geätzt und gebrannt. Auch innerliche Mittel.

Am linken Augenwinkel, auf die Nase übergehend bis zum Nasenflügel hinreichend und auch auf die Augenlider übergehend, ein festaufsitzendes talergrosses Ulcus rodens mit wallartigen Rändern. Keine Drüsenschwellung.

6. X. Exstirpation $^1/_2$ cm vom Rande entfernt. Ein Teil der Augenlider fällt fort. Tumor fest mit dem Nasenbein verwachsen,

deshalb Entfernung eines grossen Teiles der knöchernen und knorpligen Nasenwand. Plastik mit gestieltem Lappen von der Stirn.

4. IX. Entlassung.

10. I. 04. Wiederaufnahme. Unter dem gestielten Lappen sehr weiches Recidiv.

12. I. 04. Entfernung des Lappens, welcher ganz von Tumormassen durchsetzt ist. Tumor geht in grosser Ausdehnung auf den Knochen über. Nasen- und Highmorshöhle eröffnet. Ein grosser Teil der Nase fällt fort, sodass vom Flügel nur ein Saum übrig bleibt. Oberkieferresectionsschnitt. Dann Excision der Tumormassen. Plastik mit 11 cm langem gestielten Lappen aus der linken Schläfe.

26. I. Entlassung.

11. IV. Wiederaufnahme. Recidivknötchen am Unterlide, nahe dem inneren Augenwinkel.

Excision. Deckung durch Lappen aus der Wange.

Geheilt entlassen.

Fall 32.

August L., 68 Jahre, Landwirt aus Arenborn. Aufgen. 23. XI. 03. Seit langen Jahren Geschwür an der linken Nasenseite, von dem sich ab und zu der Schorf ablöst. Vor 7 Jahren wurde es ihm in hiesiger Poliklinik excidiert, wuchs aber wieder.

An der linken Nasenseite zehnpfennigstückgrosses zackiges Geschwür mit dickem Schorf. Beiderseits geschwollene Unterkieferdrüsen.

25. XI. Excision. Deckung nach Thiersch.

1. XII. 03. Entlassung.

April 1904. Bislang recidivfrei.

Fall 33.

Wilhelm K., 73 Jahre, Strassenarbeiter aus Sieber. Aufgen. 1. XII. 03. Seit 1 Jahr Warze an der Nase, die wuchs und mehrfach gebrannt wurde.

Am Nasenrücken, etwas mehr nach der linken Seite zu, eine verschiebliche zehnpfennigstückgrosse Geschwulst; in der Mitte ulceriert mit wallartigen Rändern.

4. XII. Excision. Deckung des Defects nach Thiersch.

12. XII. Geheilt entlassen.

April 1904. Patient lebt ohne Recidiv.

Fall 34.

Johannes Th., 75 Jahre, Landmann aus Steinbach. Aufgen. 14. I. 04. …it 10 Jahren bestehendes, etwa markstückgrosses Ulcus rodens am …ken inneren Augenwinkel, sich auf die Nase erstreckend. Metastasen …hlen.

Therapie: Röntgenbestrahlung am 15. I. und am 16. I. je 15 …inuten.

18. I. Starke Rötung und leichtes Oedem der gesunden um das …ncroid gelegenen Haut.

21. I. Entfernung der Borken vom Cancroid. Deutlich beginnende …berhäutung.

30. I. Die Überhäutung ist bis auf zwei kleine Stellen — eine …ehr unten an der Nasenseite, die andere am inneren Augenwinkel ge…gen — vollkommen.

8. II. Erneute Bestrahlung 10 Minuten lang.

10. II. Desgleichen.

13. II. Die wunde Stelle am inneren Augenwinkel hat sich über…äutet. Nach der Nase zu noch eine nicht überhäutete Partie. Auf …Vunsch entlassen.

März 1904. Patient stellt sich wieder vor. Das Ulcus ist jetzt …ollkommen geheilt.

Fall 35.

Christoph T., 66½ Jahre, Waldarbeiter aus Birkungen. Aufgen. …0. I. 04. An der rechten Nasenfläche etwa nagelgliedgrosses, seit ½ …ahre bestehendes Ulcus rodens, Keine Drüsenschwellungen.

21. I. Unter Schleich'scher Lokalanaesthesie Excision und Naht.

26. I. Geheilt entlassen.

April 1904. Patient ist bislang recidivfrei und gesund.

Am Schlusse meiner Arbeit sei es mir erlaubt, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Medizinalrat Professor Dr. Braun für die Anregung zu dieser Arbeit und für seine gütige Unterstützung bei der Ausführung derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Erich Kellner, wurde am 15. April 1878 als Sohn des damaligen Apothekers, jetzigen Direktors des Stahlwerks Augustfehn, Louis Kellner, zu Leer (Ostfriesland) geboren. Von Ostern 1888 bis Michaelis 1895 besuchte ich das Grossherzogliche Gymnasium zu Oldenburg, von Michaelis 1895 bis Ostern 1898 das Königliche Gymnasium zu Wiesbaden, wo ich am 11. März 1898 die Reifeprüfung ablegte.

Ich studierte in Tübingen von Ostern 1898 bis Ostern 1900. In Göttingen von Ostern 1900 bis Michaelis 1903. In Göttingen bestand ich am 13. Februar 1901 die ärztliche Vorprüfung und am 19. Februar 1904 die ärztliche Staatsprüfung. Am 7. März 1904 wurde mir unter Befreiung vom praktischen Jahre die Approbation als Arzt erteilt.